FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900 | THÈSE | N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 28 Mars 1900, à 1 heure.

LE

CANCER DU GROS INTESTIN

(RECTUM EXCEPTÉ)

DANS LA JEUNESSE

PAR **Augustin-Émile-Fernand LOUART**

Ancien Interne p^re de l'Hôpital Saint-Joseph
et de la Maison départementale de Nanterre.

Né à Berck-sur-Mer, le 22 Novembre 1874.

Président : M. TILLAUX, *Professeur*.

Juges : M. DELENS, M. RÉMY, M. LAUNOIS, *agrégés*.

PARIS

INSTITUT INTERNATIONAL DE BIBLIOGRAPHIE SCIENTIFIQUE
93, Boulevard Saint-Germain, 93

1900


LIBRAIRIE
JAÇQUES LECHEVALIER
23, Rue Racine, PARIS VI.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900 | N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 28 Mars 1900, à 1 heure.

LE

CANCER DU GROS INTESTIN

(RECTUM EXCEPTÉ)

DANS LA JEUNESSE

PAR **Augustin-Émile-Fernand LOUART**

Ancien Interne p^re de l'Hôpital Saint-Joseph
et de la Maison départementale de Nanterre.

Né à Berck-sur-Mer, le 22 Novembre 1874.

Président : M. TILLAUX, *Professeur.*

Juges : M. DEBENS, M. RÉMY, M. LAUNOIS, *agrégés.*

PARIS

INSTITUT INTERNATIONAL DE BIBLIOGRAPHIE SCIENTIFIQUE
93, Boulevard Saint-Germain, 93

1900

UNIVERSITÉ DE PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen.................... M.	BROUARDEL.
Professeurs................	MM.
Anatomie..	FARABEUF.
Physiologie.....................................	CH. RICHET.
Physique médicale..............................	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.............	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....................	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales............	BOUCHARD.
Pathologie médicale.............................	DEBOVE. HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.........................	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique...........................	CORNIL.
Histologie......................................	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.........................	BERGER.
Pharmacologie...................................	POUCHET.
Thérapeutique...................................	LANDOUZY.
Hygiène...	PROUST.
Médecine légale.................................	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.........	BRISSAUD.
Pathologie comparée et expérimentale............	CHANTEMESSE.
Clinique médicale...............................	POTAIN. JACCOUD. HAYEM. DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants................	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques..............	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.................................	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses..................	RAYMOND.
Clinique chirurgicale............................	DUPLAY. LE DENTU. TILLAUX. TERRIER.
Clinique ophtalmologique.........................	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....................	GUYON.
Clinique d'accouchement..........................	PINARD. BUDIN.

MM. **Agrégés en exercice :**

ACHARD.	DUPRÉ.	LEJARS.	THIROLOIX.
ALBARRAN.	FAURE.	LEPAGE.	THOINOT.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MARFAN.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GILLES DE LA TOURETTE.	MAUCLAIRE.	VARNIER.
BROCA (AUG.).	HARTMANN.	MENETRIER.	WALLICH.
BROCA (ANDRÉ).	HEIM.	MERY.	WALTHER.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WURTZ.
PIERRE DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	
DESGREZ.		THIERY.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MON PÈRE

Médecin a Berck-sur-Mer,

Mon premier Maître.

A MA MÈRE

A MON FRÈRE,

Docteur en Médecine

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur DUPLAY

Officier de la Légion d'Honneur,
Membre de l'Académie de Médecine,
Professeur de Clinique Chirurgicale a l'Hôtel-Dieu.

A Monsieur le Docteur GAUCHER

Chevalier de la Légion d'Honneur,
Professeur agrégé de la Faculté,
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine.

A Monsieur le Docteur BAR

Chevalier de la Légion d'Honneur,
Professeur agrégé de la Faculté,
Accoucheur de la Maternité de St-Antoine.

A Monsieur le Docteur RÉMY

Chevalier de la Légion d'Honneur,
Professeur agrégé de la Faculté,
Chirurgien en Chef de la Maison de Nanterre.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur TILLAUX,

Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'Honneur.
Professeur de Clinique Chirurgicale a la Charité

AVANT-PROPOS.

Pendant notre internat à la Maison de Nanterre, dans le service de M. le Dr Rémy, nous avons eu l'occasion de voir un cas de cancer de l'S iliaque chez une personne de 29 ans.

Peu de temps avant notre entrée dans le service, M. le Dr Rémy avait publié avec notre collègue et ami Bouvet, à la Société anatomique, l'observation d'une jeune femme de 22 ans qui avait été opérée pour une obstruction intestinale survenant sans symptômes prémonitoires. Au cours de l'intervention, on fut tout surpris de se trouver en face d'un rétrécissement cancéreux.

Vers la même époque, M. le Dr Rémy avait encore à intervenir chez un jeune homme de 25 ans, pour un cas d'obstruction intestinale survenue au milieu d'une santé excellente.

Au cours de l'intervention il trouva un rétrécissement cancéreux de l'angle gauche du côlon transverse. Enfin tout récemment, M. le Pr agrégé Faure et M. le Dr Savariaud nous rapportaient le cas d'une femme de 30 ans,

chez qui on avait porté le diagnostic de rein mobile. Au cours de l'intervention, on s'aperçut que le rein était en place, et qu'il s'agissait d'un cancer du côlon ascendant.

Cette série de faits exceptionnels dont les hasards de la clinique n'ont presque jamais fourni d'exemple, si l'on considère le jeune âge des sujets qui tendait à faire éliminer *a priori* l'idée du cancer, nous a donné la pensée de réunir le plus grand nombre possible d'observations de cancer du gros intestin chez des personnes jeunes, afin de bien faire ressortir que cette maladie est assez fréquente pour que, dans certaines circonstances, on daigne y songer. Nous tâcherons, au cours de cette étude, de grouper les symptômes qui auront été le plus fréquemment notés dans nos observations, afin de permettre au clinicien, sinon de faire un diagnostic précoce, du moins de grouper des signes de probabilité en assez grand nombre pour justifier une laparotomie exploratrice qui pourra devenir le premier temps d'une intervention hâtive et efficace. Dans cette étude, nous avons limité nos recherches aux seuls cas survenus au-dessous de 30 ans. On pourra nous objecter que cette limite est absolument arbitraire ; cependant, ne voulant étudier cette maladie que dans la jeunesse, il était nécessaire de s'arrêter à un certain âge ; or, si nous consultons les différentes statistiques sur le cancer de l'intestin, nous voyons qu'à partir de 30 ans, les cas deviennent de plus en plus fréquents, et que par conséquent, on est moins

porté alors à éliminer de prime abord, l'idée du néoplasme. Telles sont les raisons qui, nous le croyons, justifient notre détermination.

Mais, avant d'entrer dans le vif de notre sujet, nous sommes heureux de faire acte de reconnaissance et de piété filiales, envers l'auteur de nos jours, en le remerciant d'avoir guidé nos pas dans cette carrière toute de dévouement, où par les actes, bien plus que par les paroles, il nous montra que l'abnégation, le sacrifice et le désintéressement doivent être les premières vertus d'un médecin.

Notre cher frère a mis son expérience à notre service, et, en nous traçant la voie, nous a évité bien des écueils ; aussi lui envoyons-nous un souvenir ému et reconnaissant.

M. le Pr agrégé Gaucher, dont nous avons eu l'honneur d'être l'élève, nous a familiarisé avec le traitement des maladies cutanées. Il nous a appris avec la science du diagnostic l'art de guérir ; le temps qu'il consacrait à la clinique ne lui faisait jamais négliger, en effet, cette autre science qui en est le complément nécessaire : j'ai nommé la Thérapeutique. Nous le prions ici d'agréer l'expression sincère de notre profonde gratitude.

Nous avons été de la part de M. le Pr agrégé Bar pendant tout le temps que nous avons consacré à la pratique des accouchements à la Maternité de St-An-

toine, l'objet de sa plus vive sollicitude ; nous le prions d'accepter le témoignage de notre parfaite reconnaissance.

C'est dans le service de M. le Pr Duplay que nous avons acquis nos connaissances chirurgicales ; aussi, sommes-nous très fier d'avoir été admis à profiter des bonnes leçons du Maître.

Ce nous est ici un devoir agréable de remercier M. le Dr Cazin de la grande part qu'il a prise à notre formation médicale.

Mais, il est un Maître a qui nous devons beaucoup et dont nous regrettons de n'avoir pu être plus longtemps l'élève. Nous n'oublierons jamais que c'est M. le Pr Hanot qui nous a appris les premiers éléments de la Médecine. Nous garderons toujours le souvenir de ce grand clinicien qui savait tour à tour enseigner les premiers éléments de la Clinique et ouvrir les esprits aux plus vastes conceptions de la Pathologie générale ; de ce penseur à l'imagination si fertile, de ce savant qui a créé tant de types morbides dans les maladies du foie. Son extrême bonté et la conscience qu'il apportait à son devoir de médecin et de professeur n'étaient pas les moindres de ses qualités. Aussi comprend-t-on de quels regrets est entourée sa mémoire, à laquelle nous rendons ici l'hommage ému de notre entière reconnaissance et de notre profonde affection.

Nous remercions particulièrement M. le P^r^ agrégé

Rémy pour le grand intérêt qu'il nous a porté pendant le temps que nous avons passé dans son service. C'est à lui que nous devons l'idée de ce travail pour lequel il a bien voulu nous fournir quelques observations.

MM. les Prs agrégés Faure et Mauclaire, ont bien voulu nous donner quelques conseils sur ce sujet ; nous les en remercions bien sincèrement.

M. le Pr De Bovis, de Reims, a mis à notre disposition, avec une amabilité et un empressement qui nous a profondément touché, le fruit de longues et pénibles recherches ; grâce à lui, notre travail s'enrichit de quelques observations particulièrement intéressantes ; aussi sommes-nous heureux de lui témoigner notre reconnaissance.

M. le Dr Pupin s'est toujours montré pour nous d'une grande bienveillance ; qu'il daigne accepter nos remerciements pour l'intérêt qu'il n'a cessé de nous porter.

Nous n'aurions garde d'oublier ici nos Maîtres de l'École pratique, MM. les Drs Delbet, Marion et Savariaud.

Que M. le Pr Tillaux, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, reçoive tous nos remerciements et l'hommage de notre respectueuse reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER.

Étiologie.

Dans cette étude, nous avons préféré limiter nos recherches au seul cancer du gros intestin, qui est de beaucoup le plus fréquent, et dont le diagnostic est encore à l'heure actuelle et dans certaines circonstances, si difficile. Nous avons laissé de côté le cancer du rectum qui est bien connu depuis longtemps, en raison de sa situation qui rend l'exploration plus facile, et dont la symptomatologie et le manuel opératoire sont différents.

La localisation sur le gros intestin est moins fréquente qu'à l'estomac et au rectum. Ainsi, Tanchon (1) donne pour 2303 cas de décès par néoplasme stomacal, 221 cas de cancer du rectum et 157 cas pour tout l'intestin. — Mais cette statistique, faite dans un milieu et à une époque où les autopsies n'étaient guère pratiquées et où la séméiologie était peu connue, est sujette à erreur. Combien de fois, en effet, dans nos observations, même les plus récentes, le cancer du gros intestin n'a-t-il pas été une trouvaille d'autopsie ou une sur-

(1) Tanchon cité par Hausmann. Th. de Paris, 1882, p. 22.

prise au cours d'une intervention qui se proposait un tout autre but. Nous n'acceptons donc que sous les plus expresses réserves, les chiffres donnés dans la statistique de Tanchon, et nous croyons que celle de Leichtenstein (1), faite à l'hôpital général de Vienne, et plus récemment, celle de Ruepp (2), qui assignent une place beaucoup plus importante au cancer de l'intestin, sont plus conformes à la vérité. Mais, m'objecterez-vous, ces statistiques prises à l'étranger, peuvent-elles s'appliquer à nos contrées ? Il n'est pas douteux que dans certains pays, en Angleterre notamment, le cancer devient de plus en plus fréquent. D'après Barleing (3), les progrès du cancer en Angleterre et aux États-Unis, sont très considérables depuis ces quarante dernières années. Mais cet accroissement est-il véritable ou est-il dû aux diagnostics mieux faits et à la constatation des décès ? Le nombre des morts de cause inconnue diminuant dans les mêmes proportions.

Mais c'est surtout le cancer du tube digestif dont la proportionnalité s'accroît (Payne) (4). Il est très fréquent à l'est de l'Ulster, de Dublin et de Carlow (Martley) (5). Certaines configurations et conditions géologiques du sol paraissent, en effet, être associées dans certaines contrées, avec une mortalité cancéreuse de beaucoup au-dessus de la moyenne, tandis que dans d'autres districts plus haut placés et mieux drainés, la mortalité cancéreuse est faible. Quelques observateurs ont même rapporté des exemples de cancer localisés à une mai-

(1) Leichtenstein. *Ziemssen's Handbuch der speciellen Path. und Therap.*, T. VII, p. 522.
(2) Ruepp. Th. de Zurich, 1895.
(3) Barleing. *Brit. med. Journ.*, 1899, T. II, 1461.
(4) Payne, cité par Barleing (*loco citato*).
(5) Martley. *Royal Academy of Medicine in Ireland*, 28 avril 1899.

son où se montraient des séries de néoplasmes, le plus souvent chez des gens du peuple en l'absence de toute parenté. Guelliot (1), de l'analyse d'une quarantaine de cas, arrive aux mêmes conclusions et sur la transmission du cancer à deux, note nombre de cancers conjugaux, quelquefois même des cas de néoplasme survenant chez des médecins soignant des cancéreux. Dans l'Observation XXXIII, on note que le malade avait soigné pendant 3 ans son père atteint d'un cancer de l'estomac : il est vrai qu'ici il faut faire la part de l'hérédité. A part cette observation, toutes les autres sont muettes sur ce sujet.

Cet aperçu rapide sur la contagiosité du cancer nous oblige à parler ici de l'opinion de certains auteurs qui veulent faire de cette maladie une affection parasitaire. On aurait découvert des petits êtres dans les produits épithéliaux ; pour certains, ces petits organismes ne seraient que des cellules dégénérées. Quoi qu'il en soit, on a essayé de cultiver les parasites en dehors du corps humain et on n'a obtenu à ce sujet rien de décisif ; mais on s'occupe beaucoup à l'heure actuelle de la question. Le professeur Sanfelice de Cagliari, aurait, paraît-il, au cours de ses recherches, découvert un micro-organisme qni serait spécifique. Plimmer, en examinant au microscope 1200 cas de cancer, aurait trouvé des parasites 11 fois sur 12, mais ceux-ci ne se rencontreraient que sur les bords de la tumeur en voie de prolifération. Cette question est encore trop nouvelle pour que nous y insistions davantage ; nous souhaitons en passant, qu'elle vienne bientôt jeter un peu de lumière sur la genèse encore si obscure de la maladie qui nous occupe.

(1) Guelliot. *VIII[e] Cong. de Chir.* (*Bull. Méd.*, 14 octobre 1894).

Mais si la contagion cancéreuse est encore un fait discuté, l'hérédité est une des causes prédisposantes que bien peu d'observateurs aient osé nier. La diathèse cancéreuse qui prédispose au néoplasme, peut être déterminée, non-seulement par un ancêtre cancéreux, mais par un ancêtre entaché de l'une quelconque des nombreuses formes de l'arthritisme.

Haussmann note cinq fois, dans ses observations, l'existence du cancer chez le père ; six fois, chez le frère et la sœur ; deux fois, dans les deux générations. Dans nos observations, nous avons pu retrouver une seule fois le cancer chez le père (Obs. XXXIII), une fois, chez la mère (Obs. LXXXVI) et une fois, chez la sœur (Obs LXV). Dans trois observations (XIII, XLIII et LIII), les antécédents héréditaires étaient nets ; quant aux autres, nous ne savons pas si on les a recherchés.

Toutefois l'hérédité étant admise, comment se fait cette transmission pathologique? Quel en est le mécanisme? L'influence du père est-elle égale à celle de la mère? Quel est la force qui va réveiller la diathèse et la faire entrer en jeu? Il semble que les traumatismes (et par là j'entends aussi bien ceux qui sont dus à une irritation prolongée de la muqueuse intestinale, comme dans la constipation habituelle, l'entérite et toutes les maladies du tube digestif en général, que ceux qui sont occasionnés par une irritation lente et prolongée des parois externes de l'intestin, comme dans la grossesse ou dans les tumeurs abdominales, ou qui sont provoqués par l'action brusque et momentanée d'un corps vulnérant), il semble, dis-je, que ces traumatismes agissent en créant en un certain endroit de l'intestin un lieu de moindre résistance qui, chez les prédisposés, deviendra le siège d'un néoplasme. Cette action du traumatisme, tout au moins sur la localisa-

tion de la tumeur, est indiscutable; dans presque toutes nos observations, les malades, souffrent très souvent d'une constipation particulièrement tenace; plusieurs fois (Obs. IV, XXIV, XLI, XLIII), la maladie s'est déclarée à la suite d'une violence extérieure et à l'endroit même où le traumatisme avait porté; d'autres fois, c'est après une grossesse (Obs. XV, XXII, XXX et XXXV) que la malade a commencé à ressentir les premiers symptômes; plus rarement le néoplasme a apparu chez des alcooliques (Obs. VI et XL) ou chez des gens exposés à l'intoxication saturnine (Obs. LII). Et ce mécanisme de la localisation du cancer nous permet d'expliquer pourquoi, si rare dans les premières portions de l'intestin grêle, il devient de plus en plus fréquent au fur et à mesure qu'on s'approche de l'S iliaque et du rectum, où on le rencontre si souvent. C'est qu'en effet, dans les portions terminales du tube digestif, aussi bien que dans les parties où il existe une certaine stase des matières fécales, la muqueuse est continuellement en rapport avec des fèces durcies qui exercent sur elle une action irritante lente et continue. Aussi nous ne sommes pas étonnés de voir que, au point de vue de la localisation, le cancer du gros intestin chez les adultes suive la loi commune, en ce sens qu'il est très fréquent, au cæcum et à la valvule (vingt-un cas) et aussi à l'S iliaque (vingt cas, sur soixante-seize cas que nous avons pu réunir). Chez les enfants (s'il nous est permis de tirer une conclusion des sept observations que nous avons pu trouver au-dessous de dix ans), il semblerait que le cancer de l'intestin grêle, trois cas (Obs. I, II, III), soit aussi fréquent que celui du gros intestin: trois cas, XXXVIII XXXIX; XLIX le septième cas (Obs. VII) ne donnant pas le siège de la tumeur.

Il est encore une cause qui influe sur le développement du cancer : c'est l'âge. Cette question a pour nous une grande importance, puisque nous avons voulu n'étudier le cancer du gros intestin qu'au-dessous de 30 ans, c'est-à-dire à l'âge où il est moins fréquent. Haussmann, en effet, après de longues et patientes recherches, ne trouve que cinq cas, dont deux pour l'intestin grêle, de 1 à 9 ans ; quatre cas, dont deux pour l'intestin grêle, de 10 à 19 ans, et 24 cas, dont quatre pour l'intestin grêle, de 20 à 29 ans, tandis qu'il trouve trente-huit cas, de 30 à 39, cinquante-un de 40 à 49, et trente-un, de 50 à 59 ans.

A l'heure actuelle, le cancer de l'intestin est déjà mieux connu, et si nous ne pouvons trouver que trois cas de cancer du gros intestin, de 1 à 10 ans, et six cas, de 10 à 20, en revanche, nous avons de 20 à 30, soixante-un cas, dont deux qui intéressent l'intestin grêle plus particulièrement ; ce qui nous laisse donc cinquante-neuf cas ainsi répartis : à 20 ans, 2 ; à 21, 2; à 22, 7; à 23, 4; à 24, 4; à 25, 9; à 26, 3; à 27, 10; à 28, 5; à 29, 8; et à 30, 8. Ce qui nous permet de conclure que si le cancer se rencontre surtout de 30 à 60 ans, il est encore au-dessous de 30 ans, et surtout de 20 à 30 ans, assez fréquent pour que dans les cas où chez un jeune sujet on aura à discuter l'idée d'un néoplasme du gros intestin, on s'entoure de toutes les précautions cliniques nécessaires avant d'éliminer le cancer.

Pour terminer cette étude sur l'étiologie du cancer de l'intestin, nous ne dirons que quelques mots de l'influence du sexe. Peut-être, en effet, a-t-on attribué une trop grande importance à la prédominance du cancer intestinal chez l'homme. La statistique d'Haussmann donne 125 cas chez

l'homme, contre 119 chez la femme. Si nous compulsons les cas mentionnés dans les tableaux de Lardennois, nous trouvons 75 hommes contre 50 femmes. En consultant nos observations de 10 à 30 ans (car au-dessous de 10 ans, souvent le sexe n'est pas indiqué), nous trouvons 29 hommes contre 33 femmes. Mais notre statistique est trop limitée pour que nous en tirions une conclusion, qui d'ailleurs serait en contradiction avec toutes les statistiques.

Citons enfin, pour être complet, l'influence de l'alimentation et de la race, ainsi que la débilité générale de l'organisme, comme le défaut d'hygiène, le chagrin et la misère, qui peuvent agir comme causes prédisposantes éloignées.

CHAPITRE II.

Anatomie Pathologique.

Le cancer proprement dit se développe toujours dans le gros intestin aux dépens du revêtement épithélial et surtout des glandes de Lieberkuhn ; c'est donc un épithélioma cylindrique. — On en distingue 2 formes :

1° L'épithélioma cylindrique typique, le plus fréquent, ou adéno-carcinome.

2° L'épithélioma atypique ou diffus, qui correspond au carcinome.

L'épithélioma typique, dont nous avons un bel exemple dans l'examen histologique que nous avons fait à propos de la malade de l'observation XLIV, est caractérisé par l'apparition au milieu du tissu conjonctif, de tubes pseudo-glandulaires, possédant une lumière centrale et bordés d'épithélium cylindrique. Ces tubes s'enfoncent peu à peu, et (caractère qui les sépare des adénomes) dépassent la muscularis mucosæ. De plus, il y a souvent, en certains points, plusieurs assises de cellules, ou du moins une assise à

plusieurs noyaux. Ces noyaux, à un fort grossissement, apparaissent inégaux et très colorables (Lardennois).

La forme atypique, le carcinome, est moins fréquente. On n'aperçoit plus de tubes pseudo-glandulaires, mais des cylindres pleins, des masses inégales déformées par pression réciproque, remplissant des alvéoles, limitées par du tissu conjonctif. L'absence de lumière dans les cordons cellulaires et l'aspect alvéolaire caractérisent le carcinome (Lardennois) (1). Le tissu conjonctif prolifère lui aussi, et suivant qu'il prédomine ou que ce soit l'élément épithélial qui ait la prédominance, on a le squirrhe, qui évolue beaucoup plus lentement, ou le cancer encéphaloïde, qui peut s'accroître très vite. Parfois aussi, les cellules subissent une dégénérescence spéciale et se transforment en une substance gélatineuse ou colloïde : cancer colloïde.

De l'étude de nos observations, nous ne pouvons retirer un grand bénéfice au point de vue de la fréquence de certaines formes d'épithélioma, à cette époque de la vie qui nous occupe. Beaucoup trop d'observations sont étiquetées : cancer, sans autre renseignement, pour que nous puissions établir une statistique de quelque valeur. A côté de cas étiquetés : épithélioma ou carcinome, nous avons trouvé 4 ou 5 cas dont la description fait penser au cancer encéphaloïde, une dizaine de cas de squirrhe, et 4 cas de carcinome colloïde (Obs. XIX, XXXIV, XXXVII, LII), ce qui laisserait penser que les formes squirrheuses à marche lente ne sont pas les plus rares, même à l'âge qui nous occupe.

Enfin, il existe aussi quelques cas d'ulcérations cancéreuses dont le plus intéressant est celui de l'Obs. XXXVI.

(1) Lardennois. *Gazette des Hôpitaux*, 1900, n° 17.

L'ulcération de la muqueuse intestinale, dans le cancer, peut être due (Quénu et Landel) non seulement à son envahissement par les éléments néoplasiques, mais aussi par la formation de petits abcès qui décollent le chorion et qui s'ouvrent dans la lumière du canal. L'ulcération ouvre la voie à l'infection, et l'élément cancéreux évolue avec l'élément septique (1).

Quant à la forme qu'affecte la tumeur, elle est des plus variables, ainsi qu'on peut s'en rendre compte en parcourant nos observations ; tantôt c'est une petite tumeur de grosseur variable, qui se développe sur un seul point de la paroi intestinale ; tantôt au contraire, le néoplasme (et ce cas est de beaucoup le plus fréquent) devient annulaire et arrive par un retrécissement progressif, aux phénomènes d'occlusion aiguë, soit que la tumeur ait oblitéré complètement par elle-même l'orifice du canal, soit qu'un corps étranger soit venu l'y aider (Obs. XLIV) ou, ce qui est le cas le plus fréquent, que le rétrécissement soit complété par un spasme réflexe (car comment expliquer autrement ces cas d'occlusion où à l'autopsie, on trouva un petit pertuis, parfois assez large pour admettre le petit doigt ou une sonde urétrale?).

Chez l'adulte de même que chez l'enfant, le processus presque toujours plus rapide, aboutit le plus souvent à des complications qui emportent le malade à une période où les lésions sont encore peu avancées. Dans nos observations, il nous a semblé que les cas de cancer du cul-de-sac cæcal étaient ceux dont l'évolution était la moins rapide. Dans quelques cas, après une intervention heureuse, le malade prolongé, meurt

(1) Quénu et Landel. *Rev. de Chir.*, déc. 1897.

par suite de la généralisation de sa maladie (Obs. XXII, XXXV, XLVII, XLVIII, LII, LIII). Dans ces cas, la propagation de la néoplasie se fait par greffe (1) ou par embolie. Les greffes se font par contact ou plus rarement, par ensemencement de la partie sous-jacente du tube digestif.

Mais le plus souvent la propagation à distance se fait par des embolies transportées par le système lymphatique ou vasculaire. La voie lymphatique est le chemin que suivent les embolies pour venir infecter les ganglions. La voie artérielle sert peu à la propagation du cancer, les petites artères étant vite atteintes d'endartérite oblitérante. La voie veineuse, surtout en ce qui concerne les veinules tributaires de la veine porte, est un autre moyen de propagation du cancer ; aussi n'est-il pas rare de retrouver des noyaux disséminés dans le foie (Lardennois) (2).

Pour terminer, nous dirons avec Lardennois que le cancer de l'intestin reste pendant un certain temps localisé à l'intestin et aux ganglions de son bord mésentérique, ce qui, si le cancer est diagnostiqué à temps, permet au chirurgien d'intervenir et de guérir.

La propagation se fait par étapes successives ; à droite, dans un groupe de ganglions lombaires préaortiques pour les lymphatiques du cæcum, du colon ascendant et de la partie droite du côlon transverse; à gauche, dans les ganglions lombaires gauches rétro-péritonéaux, pour les lymphatiques du côlon descendant et de l'S iliaque (Lardennois) (3).

(1) Letulle. *Greffes cancéreuses de l'intestin. Rev. de Gyn. et Chir.*, 1897, nº 1, p. 491.
(2) Lardennois, *loco citato*.
(3) Lardennois. Th. de Paris, 1899.

CHAPITRE III.

Symptômes.

Au début de la maladie, les symptômes sont inconstants et incertains (Eichhorst). Mais, comme c'est à cette époque surtout qu'il convient de dépister la maladie pour pouvoir intervenir efficacement, nous allons tâcher de rechercher les premiers signes qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic. Sans nous attarder à la question de l'hérédité que nous avons traitée dans l'étiologie, il ne faudra pas oublier de consulter les antécédents héréditaires, qui peuvent parfois aider puissamment le clinicien. Si nous consultons nos observations, nous voyons que dans la plupart des cas, la maladie a commencé par des symptômes très vagues : constipation opiniâtre qui alterne parfois avec la diarrhée, coliques, troubles digestifs. D'autres fois c'est l'amaigrissement du sujet qui, en l'absence d'autres symptômes, peut mettre sur la voie du diagnostic. Citons enfin les hémorragies intestinales qui sont rares à cette période.

1° De tous les symptômes, le plus commun consiste dans la *modification des évacuations* ; nous le retrouvons presque

dans toutes nos observations. Depuis quelque temps le malade souffre de constipation ; il va très irrégulièrement à la garde-robe ; encore le plus souvent les selles ne sont-elles provoquées qu'au moyen de purgatifs ou d'irrigations rectales. Parfois la diarrhée, due à l'infection de la muqueuse, fait suite à la constipation, et on retrouve dans les antécédents du malade des alternatives de ces deux états pathologiques. La diarrhée peut aussi être le symptôme dominant (Obs. VI).

2° Assez souvent aussi, dès la période initiale, le malade éprouve de vagues souffrances du côté atteint ; il existe, en cet endroit, une hyperesthésie spéciale et permanente que l'on retrouve dans presque toutes les observations et qui, selon certains auteurs, serait due à la péricolite qui accompagne souvent le cancer de l'intestin et qui peut être précoce dans son apparition. Il existe aussi presque fatalement, des troubles fonctionnels assez intenses par suite de la gêne apportée à la libre progression des matières fécales. Ce sont ces troubles fonctionnels, premiers symptômes de l'obstruction subaiguë, qui doivent être recherchés par un patient interrogatoire du malade et un examen attentif. « Ce sont des coliques spéciales, des crises douloureuses paroxystiques, périodiques, avec des ondulations péristaltiques, visibles, de l'intestin (Lardennois) ». Elles accompagnent le plus souvent la constipation et sont provoquées par les contractions énergiques des muscles intestinaux qui veulent faire progresser les scybales durcies, accumulées en arrière de l'obstacle ; et plus l'obstacle est difficile à vaincre, plus les contractions deviennent énergiques, plus aussi les coliques subissent d'exacerbation. Ces douleurs sont souvent en rap-

port avec le siège de l'obstacle et par leur forme peuvent faire présumer le siège de l'obstacle. Pour le gros intestin, elles siègent le plus souvent dans la région ombilicale ; elles peuvent parfois s'irradier dans les cuisses ou dans la région lombaire et par leur violence, faire penser à une affection rénale. Ces crises douloureuses reviennent à intervalles de plus en plus rapprochés, ayant chaque fois une intensité plus grande, une durée plus longue. Elles se terminent par une évacuation de gaz et de matières. Elles aboutissent à l'occlusion intestinale, qu'elles simulent souvent et dont elles sont le prélude.

3° Il existe aussi dès le début des troubles dyspeptiques que nous avons rencontrés dans plusieurs observations. Dégoût des aliments, inappétence, nausées, vomissements.

4° Ce sont enfin des troubles généraux. — Amaigrissement rapide, affaiblissement progressif que rien ne peut expliquer, et qui surviennent d'autant plus vite que le malade est plus jeune.

2° **Période d'état ou des symptômes physiques**. Les différents symptômes que nous venons d'énumérer sont insuffisants pour affirmer le diagnostic de cancer intestinal ; voyons si par d'autres moyens, nous n'allons pas arriver à avoir sinon une certitude, du moins des probabilités plus grandes.

1° L'*Inspection* peut parfois donner quelques renseignements par la constatation du météorisme abdominal ou des ondulations péristaltiques intestinales.

2° *La Percussion* aide à déceler la présence d'une tumeur et surtout à délimiter son étendue. Toutefois le phonendoscope

de Bianchi peut sous ce rapport, surtout si le cas est délicat, rendre de grands services.

3° *La palpation* permettra le plus souvent de sentir la tumeur à travers la paroi abdominale. Mais pour arriver à un bon résultat, il faut surtout user, et à plusieurs reprises, de la palpation méthodique et patiente des diverses régions de l'abdomen. La palpation bi-manuelle sera préférée pour les hypocondres.

Toutefois cette sensation d'une tumeur peut manquer pendant très longtemps, surtout chez les malades qui restent gras, avec une paroi épaisse et peu dépressible, ou qui ont un abdomen très sensible, ou dont les anses intestinales sont distendues. Dans ces cas difficiles, l'examen sous le chloroforme pourrait rendre de grands services (Rubenthaler (1). La tumeur présente souvent des modifications de *volume* et de *consistance* selon la quantité et la condensation des matières accumulées au-dessus du rétrécissement. Quand elle siège sur un segment intestinal libre et pourvu d'un méso, la tumeur varie également de *situation* au cours des divers examens. Ceci est encore un bon signe qui doit faire penser à une tumeur de l'intestin (Rubenthaler).

4° Le *toucher rectal* pourra aussi, dans quelques cas, permettre d'arriver sur la tumeur.

5° Chez la femme, le *toucher vaginal* pourra aussi rendre quelques services.

6° On a proposé de calculer la situation du rétrécissement d'après la quantité d'eau que l'on pouvait injecter. Jungherz (2) y joint l'auscultation du cæcum, qui lui permet d'entendre

(1) Rubenthaler. Th. de Lyon, 1895.
(2) Jungherz. Th. de Wurzbourg, 1896.

dans le cul-de-sac cæcal les gargouillements produits par la pénétration du liquide.

D'autres, avec Senn, ont insufflé l'intestin avec de l'hydrogène, pour rendre la tumeur néoplasique plus superficielle et plus perceptible.

7° Autres signes.

Mais existe-t-il pour le cancer, d'autres symptômes qui vous permettent d'affirmer sa présence ? Rommelaëre, de Bruxelles, voulut faire de l'hypoazoturie un symptôme pathognomonique du cancer viscéral. Mais Robin démontra que l'urée diminue aussi bien dans la cachexie, d'origine tuberculeuse ou autre, que dans la cachexie cancéreuse ; de même qu'elle reste normale comme quantité et peut même augmenter si le malade continue à se bien alimenter.

La présence exagérée de l'indican ne signifie pas grand' chose non plus, dans le cas qui nous intéresse, puisqu'on le retrouve très augmenté dans l'occlusion aiguë de toute nature et dans la constipation habituelle.

Meyer (*Sem. méd.*, 1898) a trouvé que la toxicité des urines était deux fois plus forte chez le cancéreux. D'après M. le Professeur Hayem, il existe dans le cancer un état caractéristique des éléments figurés du sang : 1° augmentation très marquée du nombre des globules blancs ; 2° diminution du nombre des globules rouges ; diminution de la valeur globulaire ; déformation des hématies ; et, à la période ultime de cachexie, apparition possible d'un noyau à leur intérieur.

Enfin, à la période ultime, on note des troubles cachectiques et de la généralisation, des adénopathies à distance, de l'ascite et de la phlegmatia.

8° Il est enfin un moyen qu'on devra toujours employer, parce que dans certaines circonstances il peut nous fournir un signe pathognomonique : la présence de fragments de tumeur qui, par l'examen histologique, permettra de poser un diagnostic certain (Obs IX). Mais, en dehors de la présence de débris cancéreux, toujours très rares dans les matières fécales, l'examen des selles peut nous permettre d'y trouver des matières sanieuses, muqueuses ou purulentes (Obs. XX ; XLVII), ou du melæna, ou même du sang rouge (Obs. XLIII, LIV). Le plus souvent, les matières sont peu abondantes, condensées en petites scybales dures et ovillées ; quelquefois elles sont étirées et comme passées à la filière, ce qui permet de localiser le cancer sur le côlon descendant ou l'S iliaque (Obs. XLVIII et LII), car plus haut les matières n'ont pas encore acquis leur forme définitive.

Marche. Complications. Durée. Terminaison.

Si des complications ne viennent pas emporter le malade, il arrive, dans un temps plus ou moins long, à la cachexie avec tous les symptômes de la généralisation cancéreuse (1). « Mais le plus souvent l'évolution du mal est précipitée par des complications tellement fréquentes et habituelles, qu'on pourrait les faire rentrer dans la symptomatologie. Les unes sont dues aux progrès du néoplasme, à l'ulcération des cavités voisines ; d'autres, complications mécaniques, sont produites

(1) Obs. XXII, XXXV, XLVII, XLVIII, LII, LIII.

par l'obstacle apporté à la circulation intestinale. Enfin, il existe une autre série de complications, les complications septiques sur lesquelles on n'a pas assez insisté jusqu'ici (Lardennois) (1).

1° *Complications dues aux progrès du néoplasme. Ulcérations et fistules.* — Le cancer peut se propager au péritoine et amener de l'ascite ; il peut gagner la paroi et amener un anus contre nature spontané. Il peut aussi envahir les organes voisins, produisant des communications anormales avec l'estomac, l'intestin grêle, la vessie, l'utérus (Lardennois).

2° *Complications mécaniques.*— L'une des complications les plus fréquentes est assurément le *rétrécissement circulaire du tube intestinal*, qui est plus ou moins prononcé et qui aboutit souvent à l'occlusion intestinale (Obs. XIV, XXIV, XXVII, XXXI, XIII, XL, XLIV, XLV, XLVI, XLVIII, L, LII). Parfois le rétrécissement est complet et la tumeur occupe toute la lumière du vaisseau ; parfois c'est un corps étranger (Obs. XLIV et XLV) qui est venu compléter le rétrécissement ; d'autres fois au contraire, il y a obstacle complet au passage des matières et des gaz, bien que le rétrécissement soit incomplet. Aussi, si on pratique un anus artificiel, on est tout étonné au bout de quelque temps de voir l'anus naturel se remettre à fonctionner (Obs. XLVIII, LII, LIII). Pour expliquer cette pseudo-occlusion, on a mis en cause le spasme réflexe ou la paralysie de la musculeuse intestinale. Cette paralysie serait due à la fatigue excessive qui suit de trop violentes contractions ; ou bien elle est déterminée par une légère infection péritonéale.

(1) Lardennois. *Gazette des Hôpitaux*, 1900, p. 165.

L'invagination intestinale est encore une complication qu'on retrouve dans le cancer de l'intestin (Obs. VIII, IX, LXII et LXXVI). Elle siège dans les endroits où l'intestin est muni d'un méso assez long, qui puisse s'enfoncer avec lui, et surtout dans les endroits où l'intestin est libre.

On la rencontre quelquefois dans les cas de tumeur du côlon transverse, de l'S iliaque, et surtout de la valvule iléo-cæcale Les scybales s'accumulent au-dessus du rétrécissement ; et lorsqu'elles sont poussées trop énergiquement par les contractions musculaires, elles se coiffent du rétrécissement et pénètrent avec lui dans l'intestin situé au-dessous. Parfois, c'est une tumeur développée dans l'intestin qui par son propre poids, entraîne les parois intestinales avec elle.

L'invagination intestinale peut déterminer des accidents d'obstruction subaiguë et amener la mort (Obs VIII). Dans le cancer cependant, son évolution peut être plus lente (Obs. IX).

Une autre complication, et non des moins redoutables, est la perforation.

La *Perforation* peut être produite par l'ulcération cancéreuse. Elle peut déterminer une péritonite suraiguë (Obs. X, XX, XXXVII) ; d'autres fois il se fait des adhérences, qui protègent la cavité péritonéale (Obs. XXVI), mais l'abcès finit par se rompre et infecte à son tour le péritoine. Enfin, la perforation peut se faire par éclatement de l'intestin, ou par ulcération perforante d'emblée.

3° *Complications septiques*. C'est surtout quand le rétrécissement est assez notable pour produire un arrêt des matières, que se déclarent les accidents septiques. Il y a là, en effet, un milieu où les germes septiques pullulent, et aussi

où ils exaltent leur virulence. De là des ulcérations à marche rapide, la péritonite, les abcès stercoraux. De là aussi les complications à distance : adénopathies infectieuses et suppurées, abcès secondaires du foie, phlébites (Obs. V), thrombus (Obs. LII).

Formes. — Envisagé au point de vue de son évolution, le cancer a une marche chronique ou une marche aiguë.

Dans sa forme chronique, le cancer reste longtemps latent ; il est caractérisé par des douleurs vagues, des alternatives de diarrhée et de constipation de peu de durée.

Le malade s'amaigrit et, dans la vieillesse, la mort peut survenir à la longue, sans que les symptômes deviennent plus précis. Mais le plus souvent, après un certain temps, la maladie entre dans la période d'état ; tous les symptômes s'exacerbent et le malade succombe aux progrès de la cachexie cancéreuse, ou sous les coups d'une complication. — Dans le cancer à marche rapide, la maladie éclate subitement, presque sans prodromes ; et c'est au milieu d'une santé excellente qu'apparaissent des accidents graves d'occlusion ou de pseudo-occlusion, et si une intervention hâtive ne réussit pas, le malade est emporté rapidement. Autant qu'on peut en juger dans une maladie, qui pendant longtemps peut rester latente, le cancer de l'intestin paraît évoluer plus rapidement au-dessous de 30 ans, qu'à un âge plus avancé. Si nous consultons nos observations à ce sujet, nous voyons qu'il a évolué, à partir du moment où les premiers symptômes ont apparu, entre des périodes variant de quelques jours à deux, quatre, six mois et plus ; tandis que la moyenne donnée pour les personnes plus âgées est supérieure à un an.

Mais encore une fois, nous ne croyons pas pouvoir tirer une conclusion de ces faits, attendu que les malades qui sont morts peu de temps après l'apparition des premiers symptômes, ont le plus souvent succombé à une complication survenant parfois même au cours d'une santé qui paraissait excellente (Obs. XLIV, XXXIII).

D'ailleurs, ne voyons-nous pas d'autre part, des personnes qui présentaient des symptômes d'obstruction aiguë, vivre un an et plus, après qu'on eut donné libre cours aux matières fécales ? Cependant le néoplasme continuait son œuvre, puisque, dans un temps plus ou moins long, ces pauvres malades finissaient par succomber à la cachexie et à la généralisation cancéreuse.

CHAPITRE IV.

Diagnostic.

La pathologie du cancer de l'intestin est à l'heure actuelle encore bien incertaine. Aussi est-ce une des maladies dont le diagnostic soit des plus difficiles. Si elle affecte un sujet jeune, une nouvelle difficulté surgit : l'âge du malade, qui tend à faire rejeter l'idée d'un néoplasme. Or (et les soixante-seize observations que nous avons pu recueillir en sont une preuve manifeste), le cancer du gros intestin dans la jeunesse n'est pas si rare qu'on le pense, surtout si l'on considère que toutes ces observations proviennent pour la plupart des services hospitaliers des grands centres, et qu'il a dû en mourir un bien plus grand nombre, de complications qui seules auront attiré l'attention du médecin.

Rappelons donc à grands traits les principaux symptômes du néoplasme intestinal.

1° Troubles fonctionnels, caractéristiques du début de l'obstruction chronique. Crises de coliques paroxystiques avec périodes de constipation prolongée, coupées de débacles.

2° Affaiblissement précoce, amaigrissement rapide sans cause connue.

3° Sensation d'une tumeur plus ou moins grosse, pouvant occuper aux cours des différents examens une situation différente.

4° Présence dans les selles, de melæna, de débris de tumeur dont l'examen histologique décèlera le caractère épithéliomateux (Symptôme très important, mais rarement observé).

Si tous ces signes se trouvaient réunis chez un malade, et surtout s'ils étaient nettement perçus, le diagnostic serait très aisé. Mais le plus souvent, le clinicien n'a pas pour se guider, des signes aussi nets, surtout quand l'affection est à son début, c'est-à-dire au moment où il importe le plus de faire le diagnostic : ou bien il se trouve en présence d'un malade qui maigrit depuis quelque temps, qui perd ses forces, qui a quelques vagues douleurs dans l'abdomen ; ou bien c'est une personne qui a des crises de coliques survenant à intervalles assez éloignés et qui est le plus souvent constipée ; ou bien encore, c'est un malade qui présente une tumeur mobile dans l'abdomen, mais qui n'a que peu de troubles fonctionnels ; dans tous ces cas, le clinicien, comme nous allons le voir dans la discussion qui va suivre, peut encore arriver à dépister le mal. Mais il lui arrivera souvent d'être appelé auprès d'un malade présentant tous les signes de l'obstruction aiguë, et dont les antécédents seront excellents, ou vagues, ou inconnus. Dans ces cas, le diagnostic n'est presque jamais fait, nos observations en font foi ; et, ou bien on laisse mourir le malade après avoir vainement tenté de lever l'obstacle, avec des purgatifs et des lavements,

comme cela se faisait autrefois ; ou bien on fait un anus iliaque, ou une laparotomie exploratrice qui, seule, vient éclairer le diagnostic et permet d'intervenir dans certains cas d'une façon efficace.

Voyons maintenant avec quelles affections il faudra faire le diagnostic, dans la première série des cas énoncés plus haut.

1° En face d'une personne présentant des troubles de cachexie précoce, on verra s'il n'existe pas du côté des poumons ou des autres organes, des signes de tuberculose à marche rapide. On pourra penser aussi à la cachexie palustre, à l'anémie pernicieuse progressive, au diabète; affections qui ont des signes assez caractéristiques pour me permettre de ne pas insister davantage sur ce point.

2° En face d'une personne présentant une tumeur abdominale et ayant des crises paroxystiques avec constipation, le diagnostic sera à faire avec : 1° le rein flottant : mobilité et douleur à la pression, comme dans le cancer intestinal ; souvent aussi il existe de la constipation et des troubles dyspeptiques, comme dans le cancer du gros intestin ; il peut même se produire des phénomènes d'étranglement. Il n'est pas jusqu'aux crises paroxystiques du cancer intestinal qui ne puissent simuler la crise douloureuse intermittente d'hydronéphrose, si fréquente dans le rein flottant.

Cet aperçu nous explique que le diagnostic est loin d'être facile (témoin les erreurs des Obs. LXIX, LXX, LXVI). Mais outre que la crise d'hydronéphrose est suivie d'une abondante émission d'urine, le principal caractère du rein flottant est

d'être réductible dans la fosse lombaire; de plus, à la palpation, on a une sensation de vide dans la fosse lombaire.

2° Les foyers suppurés de la fosse iliaque bien collectés et sous tension, donnent parfois la sensation d'une tumeur qui peut persister longtemps sans se modifier.

Le diagnostic peut être d'autant plus embarrassant qu'un néoplasme développé au même niveau peut créer dans son voisinage immédiat un véritable phlegmon circonscrit (Obs. XLII).

3° Le cancer de l'ovaire au début est caractérisé par les douleurs et le faciès utérin. Mais le toucher vaginal viendra lever tous les doutes, surtout s'il n'existe pas de signes fonctionnels du côté de l'intestin. Le toucher vaginal permettra aussi de faire le diagnostic avec les tumeurs annexielles.

4° Le cancer du péritoine est caractérisé par une constipation opiniâtre, comme dans le cancer de l'intestin ; mais sa marche est rapide et la région ombilicale est très vite envahie. Enfin, l'ascite l'accompagne et il est souvent accompagné de pleurésie aux deux bases.

Quand la tumeur est certainement intestinale, le diagnostic reste à faire avec :

1° Les tumeurs stercorales : *entérolithes* (formés d'un noyau : graviers, noyaux de fruits, matières fécales durcies, calcul biliaire, et d'une couche corticale de sels calcaires ; phosphate et carbonate de chaux très condensés) (1) ; *égagrophiles* (touffes de fibres ligneuses inattaquables par les sucs digestifs et incrustés de sels calcaires) : tumeur stercorale qui peut

(1) Rubenthaler. Th. de Lyon, 1895.

se trouver souvent chez les hommes qui prennent une nourriture trop végétale ; tumeurs stercorales d'origine ancienne et perforées au centre, et arrivant progressivement à former bouchon.

Ces tumeurs se rencontrent aux parties angulaires et brusquement coudées de l'intestin ; le cæcum, l'S iliaque, l'angle des côlons, sont assez souvent pris comme dans le cancer. Il y a perception d'une tumeur, coliques, constipation opiniâtre.

Diagnostic très difficile, attendu que par leur irritation sur le tube digestif, ces tumeurs peuvent provoquer à cet endroit l'apparition d'un cancer. On a donné comme signe pathognomonique de ces tumeurs la tendance à la migration vers les parties inférieures du tube digestif, et aussi la possibilité de les déprimer à travers la paroi abdominale.

Mais, outre que ces tumeurs sont souvent très dures, elles sont parfois enchâtonnées dans l'intestin par prolifération de la muqueuse irritée. Les purgatifs drastiques peuvent lever l'obstacle et éclairer le diagnostic, mais réussissent-ils toujours ?

2° La rétention stercorale, à laquelle il faut toujours songer, consiste en un empâtement pouvant remonter très haut dans le gros intestin, voire même jusqu'au cæcum et au delà. Il peut se produire consécutivement des désordres inflammatoires réactionnels du côté de l'intestin, d'où entérite mucomembraneuse, ulcérations et perforation de l'intestin avec péritonite aiguë. D'autre part, il peut se produire des symptômes de stercorémie, qui caractérisent l'empoisonnement général de l'organisme, et aussi de la cachectisation tout aussi grave que la cachexie cancéreuse. Cela est d'autant plus

vrai que le cancer, du moins chez les arthritiques, dont il est le triste apanage, est le plus souvent précédé d'une période de constipation dont les origines sont très lointaines.

3° Dans l'invagination chronique, comme dans le cancer, il existe des troubles fonctionnels et même de l'hémorragie. On note les accidents dus au rétrécissement de l'intestin, et parfois il y a de la cachectisation plus ou moins prononcée. Mais la douleur serait beaucoup plus aiguë dans l'invagination où elle serait accompagnée d'une sensation de brûlure et d'arrachement.

Elle est assez souvent suivie d'une diarrhée muco-purulente simulant la dysenterie. De plus, la tumeur a la forme d'un boudin plus ou moins allongé et siégeant surtout à l'S iliaque et au cæcum. D'après Rafinesque, les palpations répétées rendraient la tumeur plus turgescente et plus facilement perceptible. Au repos, son volume diminuerait.

D'après Dance, (1) lorsque l'invagination siège au niveau de l'S iliaque, le cæcum est plus ou moins remonté à droite, tandis qu'à gauche on observe plutôt un renflement du gros intestin dans la fosse iliaque.

4° Un diagnostic très important à faire à l'âge où nous envisageons le cancer, est celui qui consiste à le distinguer de la tuberculose iléo-cæcale. La tuberculose iléo-cæcale à forme néoplasique est caractérisée par une tumeur siégeant dans la fosse iliaque droite, de volume variable, de consistance dure et bosselée, de forme arrondie et cylindrique, mobile ou au contraire fixe, suivant le degré des adhérences aux parties voi-

(1) Dance. *Rép. d'Anat. et de Phys.*, 1826.
(2) Rubenthaler. Thèse de Lyon, 1895.

sines, très sensible à la pression (Rubenthaler) (2). Les signes fonctionnels sont ceux du rétrécissement progressif de l'intestin. Il s'y joint des crises douloureuses périodiques et des alternatives de diarrhée et de constipation. Le diagnostic sera fondé surtout sur la marche de la maladie qui serait plus lente (elle pourrait atteindre de 15 à 20 années), qui serait presque toujours accompagnée de douleurs soit spontanées, soit provoquées par la pression. Quant à l'âge, il ne sera dans le sujet actuel, qu'une cause de confusion, puisque le cancer existe aussi chez les adolescents et les adultes dans cette période à laquelle apparaît la tuberculose. Benoît (1) insiste aussi sur la présence de ganglions sus-claviculaires dans le cancer, tandis que dans le cas de tuberculose, ce serait surtout les ganglions axillaires (lymphangites pleurales) qui seraient en cause.

Enfin, les antécédents héréditaires devront être particulièrement sondés, mais le moyen de trancher la question serait de trouver le bacille dans les selles ; or, il manque souvent. On pourrait aussi tenter la réaction par la tuberculine.

5° Dans la région cæcale également, on pourra penser aussi à l'appendicite à forme néoplasique (2), au rétrécissement inflammatoire ou typhlite sous-muqueuse chronique (3), à l'actinomycose du cæcum (4), affections d'un diagnostic très difficile.

(1) Benoit. Th. de Paris, 1893.
(2) Legueu et Baussenat. *Appendicites à forme néoplasique*. *Rev. de Gyn. et de Chir. abd.*, avril 1898.
(3) Demoulin. *Soc. de Chir.*, 6 avril 1898 et juin 1899.
(4) Inglais. Th. de Lyon, 1897.

Mais, en dehors de ces cas, où le médecin pourra, grâce à un examen attentif et soutenu, grâce aussi à des explorations réitérées, arriver à en faire le diagnostic, il lui arrivera assez souvent d'être appelé auprès d'un malade présentant les symptômes de l'obstruction aiguë.

Ici, il faut faire un diagnostic hâtif, car d'une décision rapide dépendra souvent le salut du malade. Voyons donc quelles sont les affections avec lesquelles il faudra faire un diagnostic différentiel.

1° *L'obstruction stercorale* arrive surtout quand l'intestin, las d'être distendu, se paralyse et ne fait plus progresser les matières. Elle est précédée, au niveau du cæcum et de l'S iliaque, d'un point douloureux qui est symptomatique du début de l'altération de la paroi intestinale en imminence de paralysie.

L'état général est celui de l'intoxication stercorale : insomnie, accablement, bouffées de chaleur, anorexie. Cet ensemble ne peut appartenir qu'à la coprostase. L'occlusion déclarée, les vomissements sont tardifs, rarement fécaloïdes. Par la palpation, tumeur pâteuse au niveau du côlon, allongée parfois en boudin au niveau de l'S iliaque. Le seul danger est la perforation (d'où péritonite), sans quoi elle peut s'amender et se guérir par les purgatifs.

2° Pour les corps étrangers (calculs, etc.), le siège est le plus souvent au niveau de la valvule iléo-cæcale.

3° L'invagination aiguë est fréquente surtout chez l'enfant chez l'adulte ; elle est due à l'existence de tumeurs polypeuses qui sollicitent les tuniques intestinales au prolapsus, et dans ces cas, elle peut accompagner le cancer (Obs. VIII,

IX, LXII, LXXVI) ; elle peut être due à l'abus d'aliments lourds et indigestes, à la constipation invétérée. Souvent, elle se manifeste après l'ingestion de liquides glacés et l'exposition au froid humide. L'invagination iléo-colique est la plus fréquente. Douleur brusque et graduellement croissante, puis suit une marche inverse. Ténesme souvent considérable, aboutissant à l'élimination d'un lambeau d'intestin. On pourra d'ailleurs, pour les symptômes, se reporter à ce qui a été dit plus haut.

4° L'étranglement herniaire peut dans certaines circonstances, être diagnostiqué à la place du cancer (Obs. XXXIII), surtout si, comme c'est le cas dans cette observation, le malade est habituellement porteur d'une hernie.

Il existe une hernie liée à l'ectopie testiculaire ; elle se développe au-dessus de l'arcade crurale, dans l'épaisseur de la paroi abdominale, derrière l'aponévrose du grand oblique ; elle est donc obligée de s'aplatir, et de cette façon ne forme à l'extérieur qu'un relief peu considérable ; mais (et c'est ce qui éclaire le diagnostic), la hernie s'accroît sensiblement après le début des accidents, soit que le contenu de la hernie s'engoue, soit qu'un sac herniaire préexistant se dilate subitement et le remplisse brusquement de viscères échappés de la cavité abdominale sous l'influence d'une contraction brusque des muscles de la paroi (Tillaux) (1). De plus, elle a comme caractères : douleur par pression légère exercée au-dessus de l'arcade crurale, et perception simultanée de crépitation gazeuse.

5° Il faudra penser aussi au rétrécissement cicatriciel, s'il

(1) Tillaux, cité par Rubenthaler (Th. de Lyon, 1895).

y a eu une affection ulcéreuse antérieure : fièvre typhoïde ou dysenterie, entérite tuberculeuse, syphilis.

6° Le volvulus est assez fréquent dans l'âge adulte pour qu'on y songe aussi. Il siège souvent sur l'S iliaque. C'est un diagnostic très difficile, qui ne repose sur aucun fait net et précis (Peyrot). Il en est de même des étranglements par brides, diverticules, anneaux accidentels, hernie interne.

La laparotomie exploratrice seule peut en déterminer la nature. C'est du reste à elle qu'il sera souvent nécessaire de recourir pour fixer un diagnostic probable. Cette intervention pourra d'ailleurs devenir le premier temps d'une opération plus active, si elle est jugée possible.

« La précocité du diagnostic, dit Barleing, est une des conditions essentielle de succès ; l'ablation totale du néoplasme en est une autre ».

Traitement.

Nous ne nous arrêterons pas au traitement médical du cancer ; les observations anciennes que nous avons publiées au cours de notre travail, nous ont montré combien les lavements et les purgatifs étaient inefficaces, quand le rétrécissement cancéreux était complet. Nous ne ferons que signaler en passant les essais infructueux de la sérothérapie anticancéreuse, tout en faisant des vœux pour que les efforts des chercheurs soient couronnés de succés.

Le seul traitement du cancer du gros intestin est le traitement chirurgical. De nos jours, le chirurgien, peut dans cette affection, soulager le malade, et parfois même le guérir.

Il existe, en effet, un traitement radical et un traitement palliatif.

Le traitement radical comprend l'entérectomie, qui consiste dans la résection de la tumeur. Cette opération devra être toujours préférée aux autres, chez les jeunes sujets, surtout si la tumeur est nettement localisée, si l'état général du malade est bon, et si les ganglions correspondants ne sont pas atteints en masse. On devra de préférence la pratiquer en dehors des accidents aigus, si on veut obtenir de bons résultats.

Elle semble avoir donné de bons résultats dans plusieurs de nos observations, notamment dans celle de Kosiuski (Obs. LXXIV), où le malade est, 8 ans après, très bien portant. Du reste, ce cas, disons de survie (puisqu'à l'heure actuelle bon

nombre de chirurgiens ne croient pas à la guérison du cancer), n'est pas le seul. Wölfer, cité par Lardennois (1), rapportait, au XXV[e] Congrès de la Société allemande de Chirurgie, des observations : de Gussenbauer, dont le malade était bien portant 16 ans après l'ablation totale du cancer ; de Mickuliez, 8 ans après ; de 2 malades de Czerny-Billroth, 6 ans après ; de 7 autres malades, 4 ans après.

Ruepp cite une guérison de Zeendher datant de 10 ans 1/2 ; von Bergmann, de 9 ans ; Körte, une de 6 ans 1/2 et l'autre, de 5 ans 1/2.

Nous citerons pour terminer ce court aperçu (qui donnerait à penser avec Barleing (2) que le cancer est une maladie locale, procédant par étapes successives), ces paroles de M. Faure, qui est un convaincu, parce que lui aussi, il a des cas de survie datant de plusieurs années : « Il faut, toutes les fois que l'état général du malade le permet et que l'extirpation totale est chirurgicalement possible, tenter l'extirpation et la tenter encore malgré les revers et malgré les désastres. Dans cette chirurgie de condamnés à mort, une seule résurrection console de cent insuccès. »

Mais la cure radicale n'est pas toujours possible ; d'autre part, il est utile parfois de l'exécuter en plusieurs temps. On recourt d'abord à une opération palliative (anastomose ou exclusion) et on pratique l'entérectomie plus tard.

L'opération palliative se propose de parer aux accidents les plus graves du cancer (Obstruction).

Elle comprend la colostomie et l'iléostomie, qui ont pour

(1) Lardennois. Th. de Paris, 1899.
(2) Barleing. *Brit. med. Journ.*, 1899, t. II, n° 1463.

but de livrer passage aux fèces par la voie abdominale. On ne devra y recourir que dans les cas urgents et lorsque l'état du malade ne permettra pas de faire la laparotomie. Dans les autres cas, il y aura intérêt à éxécuter l'anastomose qui, en détournant le cours des matières, pare aux dangers de l'obstruction et diminue les irritations mécaniques et les contacts septiques au niveau du rétrécissement, toutes complications qui précipitent l'évolution du cancer.

L'exclusion d'après la méthode allemande est plus compliquée, mais elle met encore mieux que l'anastomose à l'abri de l'infection.

Parfois la régression de la tumeur survient après ces opérations palliatives ; il y a presque toujours amélioration. Un malade de Tuffier survit depuis 7 ans. Bérard cite le cas d'un malade qui vécut 5 ans avec un anus contre nature (Lardennois). L'exclusion et l'entéro-anastomose, outre qu'elles ne laissent pas une infirmité répugnante comme l'anus contre nature, pourront d'ailleurs être complétées par l'entérectomie.

Observations.

Nous citons quelques observations de cancer de l'intestin grêle, bien que notre étude soit limitée au cancer du cæcum et du côlon, parce que nous avons cru remarquer que dans les rares observations de cancer de l'intestin au-dessous de 20 ans, il siégeait surtout dans l'intestin grêle.

Observation I (Rathery. Th. de Paris, 1870, p., 17).

Enfant de 8 à 10 ans, morte après avoir présenté tous les signes de l'obstruction intestinale.— Tumeur cancéreuse avec rétrécissement de la fin de l'iléon.

Observation II (Kennedy. *Dublin Quaterly Journal*, 1864, t. 28, p. 6).

Enfant de 9 ans. Noyaux cancéreux disséminés dans l'intestin grêle.

Observation III (Duncan. *Edinb. M. J.*, 1885-86, XXXI, 1127-1129).

Enfant de 3 ans et 1/2. Cancer de l'intestin grêle.

Observation IV (Spanton. *Med. Times*, 1878, t. I, p. 278).

Fille de 12 ans ; a fait une chute sur le siège, il y a 3 semaines ; depuis ce temps éprouve des douleurs dans le côté droit. Dans la fosse iliaque droite, on trouve profondément située une tumeur molle, ovale,recouverte par des anses intestinales sonores et facilement mobiles. Peu de douleur à la pression. Crises de coliques passagères, avec hyperthermie et vomissements un mois plus tard. Puis retour apparent à la santé. Mort sept mois plus tard, de péritonite généralisée.

Autopsie. — A la terminaison de l'iléon on trouve une masse encéphaloïde, ovale, grosse comme une petite noix de coco.

La muqueuse du cæcum présente une ulcération vaste et profonde.

Observation V (Dittrich. *Prager Vierteljahrschrift*, 1846, t. I, p. 53).

Cas de cancer à marche très rapide chez une jeune institutrice de 16 ans. Il siège à la partie inférieure de l'iléon. Phlébite de la veine porte.

Observation VI (Barth et Bucquoy. Obs. vi, Thèse de Fleur, 1879, p. 53).

Homme 21 ans, charretier, alcoolique. Deux ans avant, est atteint de diarrhée pendant 2 mois, sans cause connue. Depuis 5 mois, coliques abdominales et diarrhée séreuse très abondante, ascite et symptômes de cachexie.

Autopsie. — Ulcérations cancéreuses de tout l'intestin grêle.

Observation VII (Rufz. *Bull. Soc. anat*, 1833, p. 63 ; séance du 25 avril).

L'auteur dit avoir vu un cancer de l'intestin chez un enfant de 6 ans (manque de tout autre renseignement).

Observation VIII (Cruveilhier. *Anat. Path.*, Livre XII et Obs I ; Th. de Bacque, 1893).

Le 28 février 1835, on amène à Necker une femme de 29 ans, qui ressent de vives douleurs dans l'abdomen ; les muscles abdominaux sont contractés. Face pâle, anxieuse. Pouls petit, fréquent. Pas de hernie. En 1834, elle avait été prise 4 fois d'accidents semblables.

1er mars. Absence totale de selles ; coliques subcontinues ; sensibilité du ventre, vomissements fréquents ; tuméfaction commençant à gauche et un peu au-dessous de l'ombilic, se dirigeant en bas et à droite, pour se terminer au-dessus et en dedans de la fosse iliaque de ce côté. Diagnostic : invagination ou étranglement interne. Les lavements sont rendus sans matières stercorales, mais légèrement teintés de sang. Du 2 au 10 mars, aggravation des symp-

tômes. Pas de hoquet; pouls petit et filiforme. Mort. La tumeur sentie par la palpation est reconnue à l'*autopsie* pour une invagination. Le cylindre d'intestin central présente deux tumeurs polypeuses développées aux dépens de la muqueuse; les mamelons que présentent ces tumeurs sont reconnus à l'examen pour être du cancer aréolaire et gélatiniforme.

Observation IX (Salomon. *Charité Annalen*, 1879, p. 146, et Obs. II, Th. Bacque.)

G. G. serrurier, 24 ans, a pour la première fois, le 25 décembre 1878, une constipation rebelle à tous les purgatifs. Vomissements exacerbés par l'administration d'un purgatif. Amélioration.

Fin de février, le mieux disparaît ; le malade est très amaigri, état inquiétant, suppression des selles 5 jours ; douleurs stomacales vives ; vomissements fécaloïdes. T. : 36°7. Pouls petit, à 70. Les anses intestinales se dessinent sur l'abdomen. Coliques violentes Dans l'intervalle des douleurs, on sent dans la fosse iliaque droite une tumeur très mobile, de forme cylindrique et dont on peut facilement délimiter les extrémités. Toucher rectal : sensation de petits globes durs, paraissant fournis par les anses intestinales et qui s'enfoncent dans le petit bassin, appuyant sur le rectum et le rétrécissant. Lavements, évacuation de selles liquides. — Amélioration. 14 jours avant sa mort, il évacue, avec les selles, de petites masses de substance noirâtre et comme sphacélées, les unes grosses comme une cerise, les autres comme une prune (On y décèle la présence d'éléments épithéliaux). Meurt cachectique le 23 avril.

Autopsie. — A 4 cent. au-dessus de la valvule de Bauhin, tumeur pédiculée, de la grosseur d'une noix, invaginée dans le côlon. Tumeurs multiples avec invagination.— A la coupe : cancer encéphaloïde.

Observation X (Coopland et Morris. *Brit. med. Journ.*, p. 122, 1878).

Cancer iléo-cæcal.

Homme, 28 ans, a maigri depuis 6 mois ; a souffert de douleurs abdominales depuis 3 mois. Constipation et vomissements fréquents

depuis 3 semaines. Accroissement de l'abdomen. A chaque crise de coliques, les anses intestinales se dessinent sous la peau. La ponction n'amène pas de soulagement. Mort par péritonite due à la perforation de l'intestin. A la valvuve iléo-cæcale, cancer à marche envahissante.

Observation XI (Schiller. *Beiträge für klinische Chirurgie*, 1896, p. 610. Obs. XVI. Th. Lardennois)

Cancer iléo-cæcal.

Le malade, âgé de 30 ans, s'amaigrit depuis sept semaines et se plaint de diarrhée et de ballonnement du ventre ; il présente une tumeur du cæcum, en partie dure, en partie rénitente, peu mobile.

Opération : le 31 juillet 1895. Incision parallèle à l'arcade crurale. On trouve une tumeur cylindrique, adhérente à l'épiploon et occupant le cæcum et l'origine du côlon ascendant; les ganglions voisins sont hypertrophiés ; la cavité péritonéale contient une assez grande quantité de liquide ascitique. Drainage par le procédé de Mikulicz. Résection ; entérorraphie circulaire de l'iléon à l'angle hépatique du côlon. L'opération dure 1 heure 1/4. L'intestin réséqué a une longueur de dix-huit cent. ; le côlon ascendant n'offre pas de sténose appréciable ; les ganglions mésentériques sont infiltrés et en parties caséifiés. *Guérison*, mais la douleur persiste au niveau de la région cæcale. Le malade quitte la clinique le 23 août, et en septembre 1896, il jouit d'une santé parfaite.

Observation XII (Tchouprow. *Entérorraphie latérale. Guérison. Chirourgitcheskaïa Leitopis*, 1893, livr. III. (Obs. XX. Th. Lardennois).

Adéno-carcinome du cæcum. Résection.

Malade de 28 ans ; entre à l'hôpital pour une tumeur située dans la région iliaque droite. Il se plaint de douleurs intenses qui se reproduisent périodiquement. Très amaigri et faible, ses téguments sont couleur jaune pâle ; ses muqueuses sont décolorées.

A l'inspection de l'abdomen, on constate qu'à droite, au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure, la paroi abdominale est soulevée par une tumeur ovale, suivant les mouvements de la respiration ; son volume est à peu près celui d'une pomme, elle est

consistante et bosselée, son bord inférieur arrondi; le bord externe est irrégulier; on peut saisir la tumeur entre les doigts et la mobiliser de bas en haut, moins facilement latéralement.

Le malade avait eu jusqu'à cette époque des alternatives de diarrhée et de constipation. A 23 ans, dysenterie ayant duré 15 jours. A 25 ans, il accuse des douleurs de la région iliaque droite survenant tous les 15 jours, la nuit comme le jour.

En 1892, il suit un traitement d'électrothérapie.

Les douleurs les plus intenses siégeaient au niveau de la tumeur et augmentaient quand le malade restait constipé deux ou trois jours

Opération. — Augmentation de volume du cæcum; la tumeur de ce dernier était consistante et granuleuse. Le néoplasme dont était atteinte la partie extirpée du cæcum, présentait une forme annulaire. La valvule de Bauhin était dure et granuleuse; la partie extirpée était longue de 8 cent. *Guérison* sans incident.

Examen microscopique: *Adéno-Carcinome.*

Observation XIII (P. Spendler. *München, med. Wochenschr.* 2 janvier 1893, n° 1, p. 3. Obs. XXI, Thèse de Lardennois).

Carcinome du cæcum. Entérorraphie latéro-terminale. Guérison.

Jeune femme de 22 ans, souffrant depuis longtemps d'une constipation opiniâtre, mais avec état général bon : aucune tare héréditaire.

Au mois de mars 1892, elle ressentit pour la première fois de violentes douleurs dans la région abdominale droite. Elles survenaient le matin, et étaient violentes à ce point que la malade était obligée de se recoucher.

Elle garda le lit pendant 20 jours, sans fièvre ni vomissements. Un mois après, la patiente eut un nouvel accès qui se manifesta brusquement, mais ne dura que trois jours. Ces douleurs persistaient alors à l'état permanent dans la région cæcale.

Durant les époques menstruelles, qui étaient normales et indolores, la tumeur n'augmentait pas.

L'examen extérieur de la région cæcale y décelait l'existence d'une tumeur mobile, se prolongeant vers le bas, lisse et dure.

Opération. — Cæcum adhérent à la paroi abdominale antérieure. Le cæcum est transformé en une tumeur dure, ayant déjà envahi l'appendice, englobant une partie de l'iléon, le commencement du côlon ascendant, et se prolongeant par le même côlon jusqu'à la racine du mésentère, en s'amincissant graduellement. Après une ligature partielle du mésentère, on extirpa cette partie du néoplasme et on sutura le mésentère. A partir de ce moment, la tumeur fut assez mobile pour être tirée au dehors. Pas d'engorgement des ganglions mésentériques. Guérison au bout d'un mois.

Examen de la pièce. — Le néoplasme a commencé par la valvule de Bauhin où on a trouvé les plus anciennes lésions. C'était une tumeur annulaire. La lumière de l'intestin admettait un crayon. Examen microscopique : *Carcinome.*

Observation XIV (Mayo Robson. *British. medical Journal*, 1895, T. II, p. 963. Obs. XXVI, Lardennois).

Epithélioma du côlon ascendant. Excision du cæcum et du côlon ascendant. Opération en deux temps. Anastomose termino-latérale avec bobine d'os décalcifié. Guérison.

E. R., 14 ans, arrive le 18 septembre 1894, souffrant d'une obstruction intestinale. Depuis six mois, elle perdait ses forces et maigrissait, souffrait de constipation et d'une douleur abdominale, et avait de fréquents vomissements. Deux mois avant son admission, elle avait été très malade et avait eu des vomissements fécaloïdes qui avaient duré trois jours. En entrant à l'hôpital, elle était très faible ; l'abdomen était très distendu surtout du côté droit, où l'on pouvait sentir une tumeur dure dans la région du côlon ascendant. Entre son admission et l'opération, elle vomit par deux fois des matières fécales.

Opération. — Entérectomie ; section de l'iléon près de son entrée dans le côlon, et du côlon ascendant juste au-dessous de la flexion hépatiqne ; la partie intermédiaire, comprenant le cæcum et le côlon ascendant, est enlevée.

Guérison. Selle spontanée le quatrième jour après l'opération. La malade a été vue en bonne santé ; six mois plus tard, la tumeur

était un épithélioma cylindrique qui avait presque complètement obstrué la lumière du côlon.

OBSERVATION XV (SHIELD. *British medical Journal*, 1896, t. II, p. 1776. Obs. XXVIII. Lardennois).

Résection du cæcum pour carcinome. Entérorraphie circulaire. Guérison

Femme de 27 ans ; avait senti une grosseur du côté droit de son abdomen après la naissance de son dernier enfant, en février 1896.

La tumeur était aussi grosse qu'une orange, dure, à bords irréguliers ; on pouvait la mouvoir entre l'ombilic et la fosse iliaque droite.

Laparotomie. La tumeur siégeait dans le cæcum; elle fut réséquée avec quatre pouces et demi de l'iléon et la partie adjacente du mésentère qui contenait un certain nombre de ganglions tuméfiés.

Guérison rapide.

OBSERVATION XVI (BEALE. *Trans. of Path Soc.*, *1852.* p. 368).

Cancer du cæcum.

Femme de 30 ans, pas d'enfants ; entre le 12 décembre 1851 à King's Hospital College. Depuis 3 ans, elle est très pâle et éprouve des douleurs dans la région iliaque droite. Ces coliques, rares et passagères au début, deviennent plus fréquentes et plus vives jusqu'à ces derniers mois, époque depuis laquelle elle n'a pas eu un moment d'accalmie. Elle présente l'aspect des grandes hémorragiques. On trouve dans la région iliaque droite une tumeur qui rend un son mat à la percussion et qui, à la pression est très douloureuse. La malade n'a jamais eu d'hémorragie ; elle a joui d'une excellente santé jusqu'au début de sa maladie. On pense à la présence, dans la fosse iliaque droite, d'une tumeur maligne repoussant le cæcum vers la partie médiane de l'abdomen. La malade alla en s'affaiblissant jusqu'au 10 avril suivant. A cette époque, apparition d'œdème sur le bras gauche et le 15, sur la jambe droite. Le 29, dyspnée ; mort de complications péricardiques et pleurétiques.

Autopsie : Les cavités pleurale et péricardique sont distendues par le liquide. Dans la fosse iliaque droite, on trouve un abcès communiquant avec l'intestin en 2 places. Les parois de la cavité adhèrent au foie et au fascia qui recouvre le muscle iliaque à sa partie externe. A un examen plus minutieux, on reconnaît que cette cavité était formée par les parois du cæcum, atteintes de dégénérescence cancéreuse.

Ce cancer avait évolué si lentement, et sans amener trop de perturbations dans l'acte digestif, parce que les matières fécales pouvaient suivre leur libre cours, la valvule iléo-cæcale étant libre, et le cancer siégeant à la partie inférieure du cæcum.

Observation XVII [Hofmokl. *Wien. med. Presse*, 1885 (Obs. X, Artus, 1894)].

Adéno-carcinome du cæcum. Résection. Guérison.

Femme de 24 ans; douleurs depuis un an; s'est aperçue depuis quelques semaines de l'existence de sa tumeur ; depuis ce moment elle souffre de vomissements et de diarrhée. On trouve dans la fosse iliaque une tumeur grosse comme une orange, mobile, douloureuse, lisse, rendant à la percussion un son tympanique.

Opération. — Incision le long du bord externe du muscle droit, résection de 10 cm. de côlon, 13 d'intestin grêle. Suture de Lembert. Résection perpendiculaire de la paroi du gros intestin et section oblique du petit. — *Guérison.*

Observation XVIII [Jacob. *Soc. an. de Brux.*, 1887 (Obs. XIX. Artus)].

Cancer du cæcum. Laparotomie. Anus contre nature. Mort.

Femme de 25 ans. Il y a deux ans, brusque accès de coliques, à la suite de lavements; selles purulentes; les douleurs persistent un mois, puis son état s'améliore, mais elle souffre toujours.

Accès de coliques avec paroxysmes intenses, précédés et accompagnés de frissons et de fièvre violente, douleurs très vives à droite ; la malade à son entrée à l'hôpital le 6 juin 1887, se plaint de constipation habituelle et opiniâtre. Rien au toucher vaginal et rectal.

Dans la fosse iliaque droite, tumeur mobile, dure, de forme allongée, à surface régulière. Tumeur remonte à 2 travers de doigt au dessus de la onzième côte. Tympanisme dans la région lombaire. En plaçant la malade dans le décubitus latéral, l'existence de la tumeur devient manifeste. La malade a souvent des vomissements biliaires, surtout pendant les accès douloureux. On pense à un rein mobile. Quelques jours après, ventre douloureux à la pression, très fortement ballonné et empêchant la palpation. Vomissements. T. : 37°5. 15 jours après l'entrée, vomissements fécaloïdes.

Laparotomie. — *Péritonite à la surface de l'intestin.* — Rien du côté du rein. Cæcum fortement dilaté, fournit à la palpation une sensation de dureté insolite et surtout vers la valvule iléo-cæcale. Tumeur cancéreuse de la valvule interceptant toute lumière du côté de l'intestin grêle. *Quelques ganglions mésentériques sont atteints*. Résection du cæcum. Anus contre nature. Durée : 2 heures. La malade meurt le lendemain de l'opération.

Observation XIX (Finlayson. *Glasgow. med. Journ.*, 1879, et Obs. III, Th. Bacque).

Cancer de la valvule iléo-cæcale.

X... matelot, 22 ans, entre à l'infirmerie pour symptômes d'occlusion datant de 10 jours.

Le 7 novembre, à son entrée, douleurs très aiguës, survenant de 10 en 10 minutes. Pendant l'accès, les anses intestinales se dessinent à la partie inférieure de l'abdomen, et surtout du côté droit. Légère sensibilité à la pression de l'abdomen ; sensation de gargouillement dans la région iliaque droite au-dessus du ligament de Poupart. Au toucher rectal, pas de tumeur, mais on sent que l'intestin est distendu ; jusqu'au 18, pas de selles, malgré les lavements. Le 18, l'état du malade étant très critique, on hésite d'intervenir ; le soir, le malade évacue un petit flux de matières pultacées.

Le 20 et le 30, expulsion de matières fécales à l'aide d'injections. Le 30, copieuse évacuation ; le ventre se laisse très facilement explorer ; on ne sent pas de tumeur. 8 décembre. Le malade est pris de diarrhée que rien ne peut arrêter. On découvre sur la limite des régions lombaire et iliaque du côté droit, une petite tumeur

de la grosseur d'une noix, qui persiste jusqu'à la mort sans se modifier. Mort le 11 décembre.

Autopsie. — A la tête du cæcum, épithélioma avec dégénérescence colloïde ; la tumeur siégeait au bord de la valvule iléo-cæcale, mais ne l'enveloppait pas complètement.

Observation XX (Lemaitre. *Soc. anat.*, 6 juin 1850, et Obs. IV, Th. de Bacque).

Cancer du cæcum. Perforation.

X... tailleur, 26 ans; a commencé à maigrir pendant l'été de 1849 ; en novembre, il souffre dans la région iliaque droite de l'abdomen. Depuis lors, ses matières sont parfois mêlées de pus et de sang. Il a des alternatives de diarrhée et de constipation. Le jour de l'entrée à l'hopital, on constate entre le flanc droit et la région ombilicale une tumeur du volume du poing, immobile, séparée du foie, mate à la percussion ; elle est le siège de douleurs sourdes et profondes, parfois lancinantes. En juin, diarrhée, selles mêlées de sang; le 13 juin, début brusque d'une douleur vive s'irradiant dans tout le côté droit du ventre et du thorax. Péritonite aiguë. Mort 38 heures après.

Autopsie. — Péritonite partielle de la moitié droite du ventre, limitée par une fausse membrane : communication avec le cæcum par une perforation. Le côté interne du cæcum est atteint de dégénérescence squirrheuse ; le mal ne s'est pas propagé à l'intestin grêle, ni aux ganglions, qui sont sains.

Observation XXI (Trèves. *Soc. médico-pratique de Paris*, 24 mars 1862. Obs. VI, Th. Bacque).

Homme, 25 ans ; souffre depuis quelque temps de vagues douleurs abdominales. En mars, coliques, insomnie, anorexie. 2 jours plus tard, symptômes d'occlusion que rien ne peut vaincre. 20 jours après, vomissements de matières fécales. Anus contre nature ; abondante évacuation ; mort.

Autopsie. — Péritonite du côté droit ; collection purulente sous-jacente. Tumeur cancroïde qui avait échappé à tout examen et qui comprimait l'intestin dans une étendue de plus de $0^{m}30$.

Observation XXII (Eiselsberg. *Wien. klin. Wochens.*, 1896, n° 12, p. 202, et Th. Lardennois, p. 110).

Cancer du Cæcum.

Femme de 27 ans, mère de 3 enfants. Depuis le deuxième accouchement, elle a des crises de coliques de la région cæcale, revenant 2 ou 3 fois par jour. Depuis son 3e enfant, octobre 1891, elles sont à la fois plus vives, plus fréquentes et plus durables, s'exaspérant après les repas, rendant la nuit tout sommeil impossible. Constipation opiniâtre.

Entre à la clinique d'Utrecht en mai 1894. On constate une tumeur plus grosse que le poing, au niveau du cæcum, dure, inégale ; elle est très sensible à la pression. Après force laxatifs et lavements, laparotomie le 5 juin 1894. On voit une tumeur carcinomateuse du cæcum, s'étendant largement sur le côlon ascendant, adhérente aux parois pelviennes, à la portion terminale de l'iléon et à l'ovaire droit ; elle est très difficilement mobilisable. Etant donné : 1° l'état affaibli de la malade ; 2° le nombre des adhérences faisant craindre des hémorragies, on se résigne à ne faire que l'exclusion par la méthode de Salzer. On comprime l'iléon en amont des adhérences, et on le sectionne. On comprime le côlon ascendant en aval des adhérences et on le sectionne. On abouche l'iléon sain à la partie supérieure du côlon ascendant en excluant la tumeur, par la suture de Wœlfler, après avoir coupé l'iléon sur son bord adhérent, pour agrandir sa lumière et pouvoir l'adapter à celle du côlon. On ne peut aboucher les 2 bouts du segment iléo-colique exclu à la plaie ; on les ferme après avoir fixé à la paroi une partie de la paroi antérieure du côlon exclu, partie saine, et qu'on amenait facilement à la plaie.

Deux jours après, des symptômes de péritonisme déterminent à ouvrir cette paroi du côlon exclu ; immédiatement les phénomènes péritonéaux cessent.

Résultat. — Plus de douleurs, bon appétit, selles régulières et faciles. Au début, la fistule laisse couler régulièrement des détritus cancéreux dans une sécrétion séreuse ; plus tard, l'écoulement se tarit.

Mort le 21 mai 1895, par suite des progrès de la tumeur qui finit par sortir par la fistule et par localisations métastatiques dans le sternum, le poumon, le foie, comme l'a montré l'autopsie.

Observation XXIII (Hofmokl. *Wiener med. Presse, avril* 1885). (Obs. VI, Thèse Baillet, 1894).

Adéno-carcinome du cæcum. Résection. Guérison.

Femme de 24 ans ; douleurs depuis un an ; s'est aperçue depuis quelques semaines de l'existence de sa tumeur : depuis ce moment elle souffre de vomissements et de diarrhée.

État actuel. — On trouve dans la fosse iliaque une tumeur grosse comme une orange, mobile, douloureuse, lisse, rendant à la percussion un son tympanique.

Opération. — Après une purgation énergique, on fit, par une incision menée le long du bord externe du muscle droit, la résection de la partie malade ; on enleva ainsi 10 cm. de côlon et 13 cm d'intestin grêle avec une portion de l'épiploon ; les extrémités furent réunies par une suture de Lembert ; comme les calibres des intestins étaient inégaux, on fit une résection triangulaire de la paroi du gros intestin et la section oblique du petit. Après l'opération, il se produisit un peu de collapsus et des vomissements. Le 5e jour, selles spontanées. La réunion se fit par première intention. L'examen montre un *adéno-carcinome du cæcum.*

Observation XXIV (Ducros et Monod. *Arch. gén. méd.*, 1838).

Cancer du cæcum.

Femme de 25 ans. Depuis son enfance a 2 ou 3 fois par an des crises épigastriques passagères. Crises très douloureuses, suivies de vomissements. Il y a un an, traumatisme à la région iléo-cæcale. Il y a 2 mois, douleur dans la région iliaque droite, coliques, diarrhée. A ce moment, apparition d'une tumeur en cet endroit ; on peut la sentir au loin par le toucher rectal et vaginal. Symptômes d'occlusion aiguë. Huile de croton, lavements, tout est inutile. Gastrotomie ; mort 2 jours après. Il y avait une tumeur cancéreuse de la partie postérieure et supérieure du cæcum, le rétrécissant presque complètement. Squirrhe.

OBSERVATION XXV (abrégée). (Von WAHL. *Saint-Pétersburg. méd. Woch.*, n° 9., 1883 et *Lond med. Record*, 1883).

Cancer du côlon ascendant chez une femme de 26 ans. Opération. Guérison. Récidive au bout d'un mois.

En opérant un kyste volumineux de l'ovaire, on trouva le côlon ascendant adhérent au kyste. La tumeur ovarienne était en voie de dégénérescence et les parties de ses parois adhérentes au gros intestin étaient farcies de nodules cancéreux. On réséqua le segment adhérent, après l'avoir séparé du méso-côlon ascendant.

On suture les tuniques séreuse et musculaire, puis on fait un deuxième rang de sutures n'intéressant que la muqueuse. Les sutures furent faites à la soie. Fonctionnement normal de l'intestin 8 jours après. *Guérison* opératoire Récidive un mois après.

OBSERVATION XXVI (GOODHART *Brit. méd. Journ.*, 1879, t. II, p. 485).

Cancer de l'angle hépatique du côlon.

Homme de 27 ans ; entre à la Clinique le 22 mai 1878 ; y meurt le 31. Depuis 9 mois le malade souffrait du côté droit de l'abdomen, surtout après avoir bu de la bière. Depuis 2 mois, il s'était enrhumé et avait dû s'aliter. La douleur allait en augmentant dans le côté droit de l'abdomen et le mois dernier, il éprouva pendant 2 jours les symptômes de l'occlusion intestinale. Cette crise passe, mais la semaine suivante il en a une autre. La douleur s'exacerbe vers le soir, dure 24 ou 36 heures et disparaît. Vomissements bilieux, verdâtres ou jaunâtres. Les nausées venaient un certain temps après les repas. Les vomissements n'existaient que depuis 4 semaines. Selles irrégulières ; alternatives de diarrhée et de constipation. C'est depuis les 8 dernières semaines qu'il a maigri et s'est affaibli. Depuis la semaine dernière, il ne peut plus prendre d'aliments solides et ne se nourrit que de lait et d'eau-de-vie.

On porte le diagnostic d'ulcère d'estomac à cause de ses habitudes d'intempérance, et bien que la symptomatologie ne soit pas très nette, on élimine l'idée du cancer à cause de son âge. L'avant-veille de sa mort, coliques violentes ; le lendemain, amélioration.

On lui permet de manger un poisson. Peu après il est pris de violentes coliques. Péritonite aiguë ; mort. A *l'autopsie*, on découvre un rétrécissement cancéreux de l'angle hépatique du côlon ; il existe un large abcès stercoral de l'hypochondre droit et de la région lombaire, qui s'était ouvert dans le péritoine.

Observation XXVII.

Rétrécissement cancéreux du côlon.

Homme de 25 ans, très affaibli, sujet à de fréquentes crises avec constipation et vomissements. Violente douleur dans la région iliaque droite ; selles insuffisantes depuis 4 ou 5 jours. Symptômes d'occlusion. Entérotomie. Mort au bout de 56 heures.

Autopsie. — Le côlon présente un rétrécissement dont on ne peut affirmer la nature cancéreuse. De la description qui en est donnée, il ressort presque qu'il s'agit d'un squirrhe. Du reste, M. Peyrot dans sa thèse d'agrégation (1880, p. 108) cite le cas comme cancéreux (*Med. Times*, 1862, t. 1, p. 374. Adams).

Observation XXVIII (Durham. *Guy's Hosp. Rep.*, 1868, T. XIV, p. 309) (Traduit de l'anglais).

Cancer du côlon ascendant.

Homme de 27 ans ; entre à l'hôpital le 22 août 1864, pour un cancer du côlon ascendant. On pratique la colotomie dans le côté droit. Mort sept jours après.

Autopsie.— On trouva que la tumeur siégeait dans le côlon ascendant, immédiatement au-dessus de la partie ouverte pendant l'opération. On trouve en cet endroit un néoplasme faisant saillie dans l'intérieur de l'intestin. Il entoure toute la lumière du conduit, mais s'est accru surtout en deux endroits où il atteint la grosseur d'un petit œuf. Ces deux tumeurs étaient un peu pédiculées ; en les mettant dans l'eau, leur surface apparaissait hérissée de villosités et très vascularisée. L'iléon était fortement distendu et très hypertrophié. Le côlon au-delà du néoplasme était contracté, mais contenait des scybales durcies qui avaient peut-être formé cette tumeur, qui, sentie pendant la vie dans la position du côlon transverse, avait donné lieu à quelque difficulté pour diagnostiquer la maladie.

Observation XXIX (Matthaï. *Deutsch. Klin.*, 1867, p. 67, et Thèses d'Haussmann et de Peyrot).

Carcinome du côlon transverse chez une femme de 27 ans. Entérotomie. Mort au bout de 2 jours.

Observation XXX (abrégée) (Castanet, *Ac. roy. de Chir.*, 1768 ; Obs. VII, Bacque).

Tumeur squirrheuse entre les tuniques de l'arc du côlon.

Femme forte et robuste, 25 ans. Trois mois après une couche heureuse, violente colique qui à partir de ce moment, revint à intervalles de quatre à 8 et 15 jours. La colique se manifestait toujours par un vomissement de matières bilieuses. Redevient enceinte une quatrième fois et ne ressent plus rien. Heureuse terminaison de cette grossesse. Dix jours après, la colique reparaît avec des accidents très violents ; on sent dans l'abdomen une grosse tumeur mobile que quelques personnes croient être un corps étranger de l'utérus. Elle meurt épuisée par des vomissements continuels, le 23 novembre suivant.

Autopsie. — On trouve à l'arc du côlon, une tumeur presque du volume de deux poings, dans laquelle les tuniques de l'intestin étaient comprises. La coarctation du canal avait retenu au-dessus de la tumeur beaucoup de matières fécales qui distendaient considérablement le côlon,

Observation XXXI (abrégée) (Obs. VIII, Thèse de Bacque, p., 64).

Rétrécissement cancéreux du côlon transverse).

Le 18 novembre 1890, C., 25 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, service de Monsieur le Professeur Proust, salle St-Charles, 14. Le malade a été pris il y a deux mois, d'une violente douleur dans la fosse iliaque droite ; il avait en même temps de la constipation qui disparaît par les lavements.

Depuis six semaines, les douleurs ont reparu avec une grande intensité et sont suivies de vomissements bilieux, principalement à la suite d'excès de table.

A la palpation, on trouve dans la région du cæcum, une tumeur arrondie de la grosseur du poing. Cette tumeur est mate dans toute son étendue. Il existe dans la fosse iliaque droite une douleur continue, très intense, s'exagérant par la pression et s'irradiant dans les lombes et dans la cuisse. Point de côté. Le malade n'a pas d'appétit et il est pris à chaque instant de nausées et de vomissements. Fièvre peu intense. Constipation opiniâtre. Dilatation stomacale. Rien aux poumons, ni au cœur. Urines normales. On diagnostique une *typhlite*. Purgatif; vésicatoire. Du 19 novembre au 16 décembre, même état ; mais la tumeur augmente beaucoup : 18 décembre. Ventre dur, ballonné, très douloureux à la pression. Constipation opiniâtre ; les lavements seuls provoquent des selles liquides et peu abondantes. Le malade mange à peine; il est pâle, très faible et très amaigri. La température descend au-dessous de la normale. Le ballonnement du ventre s'étend à tout l'abdomen. Les signes ne sont plus limités à la fosse iliaque droite. Du 18 décembre au 21, jour de la mort, le malade a plusieurs vomissements porracés.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, on trouve du liquide dans le péritoine. Le cæcum, le côlon ascendant et les 2/3 droits du côlon transverse sont très dilatés (grosseur de la cuisse environ) et occupent à eux seuls la plus grande partie de la cavité abdominale. L'estomac et tout l'intestin jusqu'à 1/3 gauche du côlon transverse sont très dilatés et remplis de matières fétides, ocre jaune. Audessous le gros intestin est resserré. A l'ouverture du côlon, on trouve, à l'union des 2/3 droits avec le 1/3 gauche du côlon transverse, un rétrécissement annulaire complet. Il est provoqué par une petite tumeur très dure, de la grosseur d'une noix, et occupant presque toute la circonférence de l'intestin. A la coupe, on voit que cette tumeur s'est développée aux dépens de la muqueuse avec épaississement de la musculeuse. C'est un carcinome variété squirrheuse.

Observation XXXII.

(Nélaton; in Compoint, Obs. XV, Th., Paris, 1897).

Jeune femme atteinte de cancer du côlon transverse, amenée à la Maison Dubois avec symptômes d'occlusion aiguë. On établit un

anus contre nature sur le cæcum. Un mois après, résection de tout le côlon transverse. Guérison et retour à la santé parfaite. Meurt brusquement plusieurs mois après.

Observation XXXIII (Observation inédite, due à l'obligeance de M. Rémy).

Cancer de l'angle gauche du côlon transverse.

Au mois d'avril 1899, je suis appelé par mon confrère et ami, le Dr Labarrière, de Poissy, pour un jeune instituteur de 25 ans, qui venait d'être pris d'accidents d'obstruction pendant deux jours de congé qu'il était venu passer chez son frère, instituteur à Achères, près de Poissy (Seine-et-Oise). Il avait joui d'une parfaite santé jusqu'alors. Il était gros, fort et ne se plaignait de rien avant cet accident. Il portait une hernie inguinale gauche, de moyen volume et qui se réduisait très facilement. Depuis le début de son obstruction, la hernie n'avait pas reparu. L'arrêt des matières et des gaz est complet depuis trois jours. Le ventre est ballonné ; le faciès grippé, le pouls petit, à 100. L'état général est encore bon. Le malade vomit tout ce qu'il prend ; il n'y a pas encore de vomissements stercoraux.

Rien à la palpation du ventre. Pas de boudin comme dans une invagination. Pas de tumeur pouvant se rapporter à la hernie. Nous pensons cependant qu'il s'agit d'une hernie étranglée avec réduction en masse. L'idée de bride produisant l'étranglement est aussi rejetée à cause de l'état de santé habituelle et de l'absence d'antécédents. Nous ne pensons même pas à un cancer. La laparotomie est décidée. Elle est pratiquée quelques heures après ma première visite dans la soirée. L'incision abdominale faite, je ne découvre pas trace de hernie, mais en explorant méthodiquement l'intestin, je sens entre mes doigts un rétrécissement situé à l'angle gauche du côlon transverse à son point de suspension. Ce rétrécissement mesure 3 à 4 cent. ; il est formé de deux cupules évasées qui se touchent par leur convexité, ou encore il ressemble à un sablier. Le tissu en est dur et ligneux, et la structure n'en est pas douteuse, quoique je n'aie pas pratiqué l'examen histologique. Je ne constate pas de ganglions de voisinage. Dans l'impossibilité de désunir le néoplasme, je me contentai de faire un anus contre

nature dans l'aine droite, sur le cæcum, afin de parer au danger immédiat et de réserver une opération meilleure pour l'avenir. Mais le malade succombe deux jours après. Il avait soigné pendant trois ans son père qui venait de mourir d'un cancer de l'estomac.

Observation XXXIV (Kuester. *Berlin. klin. Woch.*, p. 517, 11 juillet 1887. Obs. XVIII, Thèse de Pellier, 1899).

Cancer colloïde du côlon transverse. Opération. Guérison.

Fille de 22 ans, ayant au niveau du flanc gauche une tumeur plus grosse que le poing, peu mobile, sauf peut-être de haut en bas. Kuester ne peut pas reconnaître si cette tumeur est rétro-péritonéale ou intra-péritonéale. A une percussion, même très légère, il existe de la sonorité au niveau de la tumeur. L'insufflation par le rectum exagérait le son tympanique et rendait la tumeur un peu moins distincte. Par la palpation combinée de l'abdomen et dans le rectum, on reconnaissait que la face postérieure présentait également un peu de mobilité. L'état général était bon. Jamais la malade n'avait eu ni entérorrhagie, ni diarrhée, ni constipation.

Incision curviligne à 2 cent. en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure. Décollement du péritoine en arrière du siège intra-péritonéal de la tumeur. Le péritoine incisé, Kuester fut très étonné de trouver une grosse tumeur du côlon transverse qui avait attiré en bas l'estomac également dans la fosse iliaque gauche.

Après avoir détaché l'estomac, Kuester réséqua le gros intestin. Il s'agissait d'un *cancer colloïde* ayant produit une vaste ulcération du côlon. *Guérison*.

Observation XXXV (Eastman). *J. Am. M. Assoc.* Chicago, 1887, T. IX, p. 833. (Thèse de Pellier, 1899, Obs. X).

Cancer du côlon descendant.

Mme B., 20 ans, mère d'un enfant de 8 mois. Mauvais état général. Après la naissance de son enfant, constipation opiniâtre avec obstruction presque complète. On note une tumeur dans la région inguinale gauche.

Toucher vaginal. — Ovaire droit augmenté de volume et sensible. La tumeur iliaque semble être en connexion avec l'utérus, sur l'abdomen ; la tumeur ne peut être délimitée que difficilement.

Opération le 27 septembre 1887. Incision sur la ligne médiane. L'ovaire droit, du volume d'un œuf de poule, est enlevé.

La tumeur de la fosse iliaque gauche, située au-dessus du plancher pelvien et se trouvant dans le haut de l'incision, appartenait au côlon descendant. Elle était développée sur la partie du côlon située juste au-dessus de l'anse sigmoïde.

La résection décidée, l'intestin est sectionné deux pouces au-dessus et 2 pouces au-dessous de la lésion ; on ne résèque pas le mésentère. La partie excisée mesure 8 pouces. Les bouts de l'intestin sont réunis par une suture de Lembert, suture à la soie ; chaque suture comprend la tunique musculaire et la sous-muqueuse de la paroi intestinale.

On fit l'épreuve du gaz avec l'appareil de Bergeon et on dut ainsi pratiquer de nouvelles sutures jusqu'à ce que le gaz ne s'échappât plus par la plaie.

Tube en verre laissé dans la cavité abdominale pour le drainage. Petit shock opératoire. Température très élevée pendant quelques jours : 99° 3/5 F.

L'intestin fonctionne régulièrement à partir du quatrième jour. Au dixième jour, la malade peut se promener et marcher. Au bout de 5 semaines la malade retournait chez elle ; si favorable était la convalescence, que le diagnostic de cancer, qui avait été fait, pouvait être mis en doute. Quand la malade cessa d'aller bien, le Dr Eastman fut demandé pour la visiter. Elle vomissait, était épuisée, elle présentait de l'ascite. Eastmann fit une ponction et deux jours après, une incision dans l'abdomen pour se rendre compte de la lésion. L'état de l'intestin était normal. Du pédicule de l'ovaire enlevé pendait une masse végétante, aussi volumineuse que la première, qui ne laissa aucun doute sur sa nature cancéreuse.

Examen histologique. — Carcinome de la variété cylindrique. La malade mourut 4 jours après. L'autopsie ne fut pas faite. L'examen fait avant la mort la rendait inutile, puisque l'intestin suturé, le mésentère, l'utérus, le pédicule de l'ovaire avec son augmentation de volume furent suffisamment examinés pour affirmer que la malade mourut de l'extension de la lésion et que la réunion intes tinale avait été parfaite.

Observation XXXVI (Gull. *Guy's Hosp. Rep.*, 1868. T. XIV, p. 307). (Traduit de l'anglais).

Épithélioma cylindrique du côlon descendant.

Femme de 30 ans ; entre à l'hôpital le 14 juin, meurt le 21 août 1859.

Autopsie. — Le côlon était très malade, particulièrement dans sa partie descendante, qui était le siège d'un vaste ulcère cancéreux, aussi large que la paume de la main. Mort par perforation et péritonite généralisée.

Observation XXXVII (Bristowe. *Transact of Path. Soc.*, 1872, p. 119 à 125).

Carcinome colloïde du côlon descendant.

Homme de 23 ans, admis à l'Hôpital St-Thomas, le 16 février 1872. Il avait joui d'une très bonne santé jusqu'à ces 6 ou 8 derniers mois, où il eut soudain une vive douleur intestinale avec constipation et vomissements. Ces symptômes disparurent et il eut une santé assez bonne jusqu'au 27 janvier, soit 20 jours avant son admission. Il eut à cette époque une nouvelle crise avec coliques, constipation, vomissements. Les vomissements ne durèrent que 4 ou 5 jours. La douleur persista avec exaspérations intermittentes.

A son entrée, symptômes d'occlusion intestinale. On pense qu'elle siège dans le côlon descendant ou l'S iliaque. Au début, les lavements agissent un peu ; puis peu à peu l'occlusion se complète et le 26, on agite la question d'une intervention ; on lui fait deux ponctions intestinales, et on décide de l'opérer le lendemain, mais le malade meurt de péritonite aiguë, le lendemain, avant l'opération.

Autopsie. – On constate un rétrécissement complet du côlon descendant, causé par l'accroissement d'un carcinome colloïde. Il y avait des ulcérations du côlon et de l'iléon. On trouve une perforation de l'iléon, par où les matières fécales s'étaient déversées dans le péritoine ; c'était la cause de la mort. Les deux piqûres de la ponction furent retrouvées et ne pouvaient en aucune façon être incriminées d'avoir causé la péritonite.

Observation XXXVIII (Clar. *Oesterr. Zeitschrift f. klin. Heilkunde*, 1855, T. II, et cité dans la thèse d'Hausmann).

Cancer du côlon descendant chez un enfant de 3 ans et 9 mois.

Observation XXXIX (Garrard. *Quart.M. J. Sheffield*, 1896, 234-237).

Cancer du côlon chez un enfant.

Observation XL. (Gros. *Gazette des Hôpitaux*, 1852, 20 mars. Obs. IX. Th. de Bacque).

Rétrécissement cancéreux du côlon descendant.

Homme de 24 ans, tisserand, alcoolique ; jouit d'habitude d'une excellente santé. Le 19 février 1852, dans la nuit, il est pris de vomissements. Les symptômes d'occlusion vont croissant ; ni les lavements, ni les purgatifs ne peuvent amener l'évacuation des selles. Une sonde introduite par l'anus est arrêtée à l'S iliaque. Le 29, c'est-à-dire deux jours après, vomissements stercoraux ; pouls filiforme, sueurs froides. Mort. A *l'autopsie*, on trouve au milieu du côlon descendant un bourrelet dur, calleux, long de 0 m. 07 environ, qui bouche complètement le calibre de l'intestin. Examen microscopique : fibres enchevêtrées, renfermant dans leurs interstices des cellules épithéliales et des cellules embryonnaires.

Observation XLI (Waldeyer. *Langenbeck's Archiv.*, 1875, p. 369).

Cancer de l'S iliaque.

Couturière, 29 ans; traumatisme du flanc gauche il y a un an et demi. Depuis, coliques, diarrhée ; la douleur du côté gauche augmente toujours d'intensité. Un jour, en allant tirer de l'eau, elle ressentit une si vive douleur à gauche, qu'elle perdit connaissance. Etant couchée dans la position horizontale, elle se sent dans la région douloureuse, une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, douloureuse, mobile. L'examen confirme son assertion. Elle est très anémiée et ses règles ont cessé depuis 3 mois. Constipation. Intervention. Mort quelques jours après (fièvre violente, du pus apparaît au niveau des points de suture, brusque chute de température qui descend au-dessous de la normale).

Autopsie. — Cancer de l'S iliaque avec perforation du côlon transverse.

Observation XLII (Laveran. *Progrès médical*, 1875. Obs. XI, Th. de Bacque).

H..., soldat, 25 ans, syphilitique (?), très anémié et presque cachectisé. Dans la fosse iliaque gauche, au-dessus du ligament de Fallope, tumeur dure, bosselée, de la grosseur d'une pomme, adhérant aux parties profondes, indolore. Il existe un point douloureux entre les épines iliaques antérieures. Fonctions intestinales régulières. Fièvre hectique. Un mois plus tard la tumeur devient très douloureuse, les fléchisseurs de la cuisse sur le bassin se contractent et le membre gauche prend l'attitude qu'il a dans le psoïtis ; quelque temps après, un abcès tend à se faire jour au-dessus du ligament de Fallope. Application de pâte de Vienne. En raison du mauvais état du malade on n'intervient pas. Mort 3 mois après l'apparition des premiers symptômes.

Autopsie. — La tumeur adhère au gros intestin ; c'est un abcès iliaque qui s'est frayé une route jusque sous la peau de l'abdomen ; le muscle iliaque n'est plus représenté que par des lambeaux noirâtres, imbibés de pus.

Le gros intestin fait le tour de la tumeur et est aplati par elle. Il existe dans la paroi du gros intestin une tumeur inégale, bosselée, qui est un épithélioma.

Observation XLIII (Prise dans le service de M. le Dr Rémy, à la Maison départementale de Nanterre).

Forgue Marie, 29 ans, entre le 13 mai 1899, à la salle de chirurgie des femmes, Lit nº 36.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires. A. P. Grossesse gémellaire, il y a onze ans ; fausse couche deux ans après. Depuis le mois de janvier 1899, douleurs abdominales, localisées surtout au côté gauche ; rachialgie ; douleurs lombaires. Alternatives de diarrhée et de constipation ; perte de l'appétit, dégoût de la viande, amaigrissement. Depuis quelque temps la malade rend à chaque selle et mélangé aux selles, du sang rouge. Les souffrances deviennent de plus en plus vives et nécessitent des piqûres de morphine. A son entrée dans le service, la malade est très amaigrie. Elle nous

a été envoyée pour qu'on l'opère d'une maladie annexielle, selon le diagnostic porté par le médecin traitant.

A la palpation, on sent une tumeur dure, ovale, bosselée, allongée, plongeant dans la fosse iliaque gauche, remontant dans le flanc et atteignant l'hypochondre du même côté. Douleurs vives à ce niveau.

On fait le toucher vaginal et on ne trouve rien d'utérin, ni d'annexiel. Le toucher rectal ne nous donne aucun indice. Il n'existe pas d'hémorrhoïdes.

On rejette donc le diagnostic de maladie annexielle, et en présence de l'amaigrissement rapide du sujet, de la tumeur sentie dans la fosse iliaque gauche, des alternatives de diarrhée et de constipation, des hémorragies intestinales que rien (ni dans l'état général, ni dans l'examen détaillé des organes, ni dans les antécédents de la malade) ne peut expliquer, on en arrive à poser le diagnostic de cancer de l'intestin, diagnostic que la constatation d'un ganglion sus-claviculaire du côté gauche rendait encore plus probable. Dès lors M. Remy décide l'opération, qu'il accomplit le 29 mai. Incision parallèle à l'arcade crurale, ayant pour centre la tumeur et commençant en dehors du muscle grand droit de l'abdomen, qu'on dut sectionner au cours de l'intervention.

On arrive sur une masse qui semble recouverte par le gros intestin et qu'on aurait pu confondre avec l'ovaire néoplasié. En réalité, c'est le côlon transverse prolabé avec l'épiploon qui est venu s'accoler à la tumeur siégeant dans l'S iliaque. L'S iliaque jusqu'à peu de distance de la partie supérieure du rectum, le côlon descendant tout entier, jusqu'à son angle supérieur, sont altérés et transformés en un cordon noueux induré ; ils adhèrent aux parties profondes et d'autre part, se continuent avec une véritable nappe de ganglions qui remontent vers la colonne vertébrale. Il faut renoncer à extirper tout ce gâteau et sectionner dans son épaisseur. La délimitation du bout supérieur de la tumeur cachée sous les côtes est particulièrement difficile.

M. Rémy ferme l'extrémité gauche du côlon transverse à l'aide de ligatures et de sutures destinées à affronter les surfaces de section, mais l'intestin est éraillé à ce niveau et l'opération y est très pénible.

M. Rémy abouche la section supérieure du rectum dans une

incision latérale du côlon transverse prolabé. On s'aide de l'introduction entre les lèvres de la plaie, d'un cylindre de gélatine séchée, sur lequel on lie l'intestin et on fait les sutures.

Après une hémostase soignée, on laisse ouverte la partie externe de la plaie et on place un double drain profond.

Opération longue, ayant nécessité deux heures 1/2 de chloroforme.

La malade en état de collapsus se remonte d'abord, puis des accidents de péritonite se déclarent.

Mort le 1er juin à 4 heures du matin, avec hoquet, vomissements porracés, constipation.

Autopsie. — Pas de perforation. — Au niveau de l'entérorraphie circulaire qui a bien tenu, la suture muqueuse et la suture séro-séreuse, sont solides et sans désunion. Les fils ne sont plus visibles de l'extérieur.

Péritonite purulente ; fausses membranes au niveau de la région opératoire. L'extrémité gauche du côlon transverse qui avait été tiraillée pendant l'opération, paraît être l'origine de la péritonite.

Observation XLIV (Observation communiquée à la *Société Anatomique*, par MM. les Drs Rémy et G. Bouvet).

Epithélioma cylindrique de l'S iliaque chez une femme de 22 ans.— Obstruction complétée par un corps étranger.

Il s'agit d'une jeune femme de 22 ans, femme de ménage, n'ayant jamais présenté d'autre antécédent pathologique qu'une hernie inguinale gauche dont elle s'aperçut à l'âge de 17 ans ; cette hernie avait donné lieu, au commencement de l'année 1898, à quelques symptômes de péritonisme, dus à un début d'étranglement dont un taxis modéré eut facilement raison.

Cette femme est envoyée à l'infirmerie de la Maison de Nanterre, le 6 décembre 1898, pour une obstruction intestinale, datant d'une semaine, sans constipation, ni diarrhée antérieures. A son entrée, la malade présente un état général relativement satisfaisant, quoique les traits soient légèrement tirés ; le pouls est à 84, assez fort. Le ventre est ballonné ; la palpation provoque des gargouillements et des douleurs dans la fosse iliaque gauche ; on remarque une légère tuméfaction au même niveau. Le toucher rectal ne donne aucun renseignement.

Le toucher vaginal fait sentir un utérus de volume normal et facilement mobilisable ; par le cul-de-sac latéral gauche, on arrive sur une tumeur dure, cylindrique, du diamètre de l'intestin et très douloureuse à la palpation. La cause de l'obstruction restant obscure, on administre à la malade une purgation, puis une entéroclyse qui restent sans résultat ; quelques gaz seuls sont évacués. — Température : 37° 5. Pouls : 90.

La laparotomie est décidée pour le lendemain matin, 7 décembre, et pratiquée par M. Rémy. A l'ouverture du ventre, on voit des anses intestinales distendues et congestionnées ; tout l'intestin grêle, le côlon et le cæcum offrent le même aspect. L' S. iliaque, dans le point où le toucher vaginal faisait sentir une tumeur, présente un étranglement de consistance dure, s'étendant sur une longueur de 4 à 5 cent., sans apparence inflammatoire. Il n'y avait pas de ganglions mésentériques.

On porte le diagnostic de ganglion néoplasique et on résèque environ 8 cent. d'intestin, en dépassant en haut et en bas, de 2 cent. à peu près, la partie rétrécie. On pratique la réunion circulaire par le bouton de Murphy de 27 mm., en assurant par une suture séro-séreuse l'étanchéité de l'intestin au niveau de cette anastomose, puis on referme la paroi.

Le lendemain, 8 décembre, la malade n'a pas encore eu d'évacuation intestinale.

Matin. Température : 38° 5. Pouls : 112.
Soir. Température : 39° 4. Pouls : 150.

Le ventre est ballonné, la face est grippée, le pouls misérable ; du hoquet est survenu, puis des vomissements noirâtres, pas franchement fécaloïdes. En présence de ces symptômes, constatant que l'obstruction n'a pas été levée par l'intervention, nous pensons que le bouton de Murphy fait obstacle à son tour, et pour parer tant au danger de la pression des matières à ce niveau qu'aux accidents dus à l'obstruction elle-même, nous croyons utile le 8, à 6 heures du soir, d'ouvrir une voie au contenu intestinal et nous nous décidons à pratiquer un anus iliaque.

Mais, à l'incision du péritoine, nous constatons l'issue de gaz et d'un peu de liquide louche ; la séreuse est injectée. Nous nous trouvons donc en face d'une péritonite déjà à la période d'état ; et

jugeant inutile de tenter une désinfection qui ne pourrait être qu'illusoire, nous nous hâtons de terminer l'opération ; la malade étant d'ailleurs dans un état assez inquiétant.

L'anus iliaque fonctionnne de façon normale et donne issue à d'abondantes évacuations, mais les vomissements continuèrent ainsi que les autres symptômes péritonéaux ; le pouls devint filiforme et la mort survint le lendemain 9 décembre, à 5 heures du matin. A l'*autopsie*, nous trouvâmes une péritonite purulente généralisée, avec fausses membranes agglutinant les anses intestinales. Au niveau de la portion réséquée, un point de suture a déchiré la paroi instestinale et ouvert une voie entre elle et le bouton de Murphy, plus haut existe une autre petite perforation.

Le bouton de Murphy est obstrué par un bouchon fécal de consistance pâteuse, qui en oblitère complètement la lumière et n'a pu parvenir jusque dans le bout inférieur de l'intestin. Là est évidemment l'obstacle au cours des matières. Si nous passons maintenant à l'examen de la partie réséquée, nous constatons d'abord en l'incisant, que son calibre, déjà considérablement réduit par le néoplasme, est totalement obstrué par un fragment d'os en forme de coin qui joue le rôle d'un véritable clapet. La malade, interrogée à ce sujet, n'avait aucun souvenir d'avoir ingéré pareil corps étranger.

L'examen histologique montre que le néoplasme en question est un épithélioma cylindrique typique.

Nous avons eu à notre disposition les préparations qui avaient été faites dans le service ; elles provenaient de coupes faites sur tout le calibre de l'intestin un peu au-dessus du point ou siégeait le maximum du rétrécissement.

Elles montrent que le néoplasme s'est développé surtout sur la moitié mésentérique de l'intestin. Du côté libre de l'anse, il n'y a que peu de modifications des diverses tuniques. La tunique séreuse est normale, ainsi que les couches de fibres musculaires longitudinales et circulaires ; la tunique muqueuse seule présente des modifications. Les glandes de Lieberkühn présentent un développement exagéré ; elles vont en un certain point jusqu'à prendre contact avec les fibres musculaires lisses de la couche moyenne de l'intestin, et sur

la préparation, elles occupent un espace plus vaste que la moitié de l'épaisseur de la paroi intestinale.

A partir d'un certain point, la coupe des glandes de Lieberkühn présente les caractères de l'épithélioma : cellules cylindriques en grand nombre, qui se tassent autour des parois de la glande ; elles sont en voie de fragmentation pour la plupart, les autres offrent les caractères des cellules embryonnaires. La lumière de la glande est obstruée par ces cellules épithéliales en voie de transformation néoplasique. En effet, un peu plus loin, la muqueuse est ulcérée en certains points ; il subsiste encore des vestiges de glandes de Lieberkühn, mais leur canal s'allonge démesurément, empiétant sur la couche musculaire, et leur lumière est obstruée par des bouchons épithéliaux.

La coupe montre un certain nombre de cavités, sans communication avec la lumière des glandes, tapissées et remplies de ces mêmes cellules dont on reconnaît facilement le type cylindrique. Mais au niveau de l'insertion mésentérique, on trouve de ces cavités, et le processus épithéliomateux dépasse à ce niveau la couche musculaire pour pénétrer dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

Le résultat négatif de l'intervention est dû à l'application du bouton de Murphy sur le gros intestin.

Observation XLV (H. Legrand, *interne des Hôpitaux* (*Bull. Soc. anat.*, 1889, p. 459).

Cancer annulaire siégeant sur l'S iliaque. Occlusion intestinale. Laparotomie. Mort.

Ser... raffineur, 20 ans, entre le 1er juin 1886, dans le service de M. le Pr Dieulafoy, à Saint-Antoine, avec des symptômes d'occlusion intestinale dont on ne peut déterminer la nature. Depuis dix jours il n'est pas allé à la garde-robe ; depuis trois ou quatre mois il souffre de constipation et a souvent de violentes coliques, localisées tantôt à l'ombilic, tantôt à la partie gauche de l'abdomen. On localise l'occlusion dans l'S iliaque et on pense à un cancer avec rétrécissement annulaire.

Lavements, purgatifs, électrisation de l'intestin, tout reste sans effet. — Le 3 juin, le malade vomit des matières fécaloïdes ; ces

vomissements deviennent incessants. Faciès grippé, refroidissement périphérique.

Opération. — Dans l'après-midi, laparotomie par M. Richelot : incision allant du pubis à l'ombilic, prolongée ensuite jusqu'à l'appendice xyphoïde. A l'ouverture de l'abdomen, issue de gaz fétides ; l'intestin est rouge et congestionné ; l'exploration de l'S iliaque fait reconnaître un rétrécissement annulaire de l'intestin, très induré à ce niveau, retracté au dessous, énormément dilaté au-dessus. Une petite perforation existe à peu de distance au-dessus de l'obstacle, au milieu d'une plaque de sphacèle. On pratique plusieurs sutures invaginées de l'intestin, et vu le mauvais état général du malade on est forcé de terminer rapidement l'opération par la création d'un anus iliaque. Mort peu après l'opération.

Autopsie. — A 0m.40 de l'anus, sur l'S iliaque, rétrécissement annulaire, entraînant les tuniques de l'intestin pour former une gouttière circulaire concave en dehors.

L'atrésie était presque complète. Le retrécissement était formé par un bourrelet circulaire, régulier, non ulcéré, d'aspect un peu rugueux au sommet ; aucun corps étranger n'était arrêté dans le pertuis. Sur la coupe de ce rétrécissement, on distingue les couches externes de l'intestin, attirées vers son axe, et en dedans, un tissu lardacé, lacunaire, se confondant avec la muqueuse dont l'épaisseur augmente progressivement et se fond sans limite bien tranchée avec la tumeur. L'épaisseur de ce retrécissement était de 0m.015 dans la longueur, sur 0m.01 de dehors en dedans. Les ganglions ne paraissent pas augmentés de volume et altérés. Tous les autres viscères sont sains.

Observation XLVI [L. Dubar. *Soc. d'Anatomie*, 1879, p. 645-650. (Obs. Résumée). Obs. CXCV. Th. d'Haussmann].

Carcinome colloïde de l'S iliaque chez un jeune homme de 19 ans.

Charton Georges, 19 ans, tapissier, entre à l'hôpital Saint Antoine le 29 octobre, salle Saint-Lazare, nº 18, service du Dr Dujardin-Beaumetz.

Jusqu'au 15 août 1879 il a toujours joui d'une excellente santé ; dans la nuit, à cette époque, il est réveillé par des douleurs de ventre très vives, et bientôt il est pris de vomissements et de

diarrhée. Les douleurs généralisées dans tout l'abdomen, présentent néanmoins plus d'acuité au niveau du flanc droit.

Ces divers phénomènes s'apaisent le lendemain; il garde la chambre 24 heures, puis reprend son travail. Du 17 août au 10 octobre, santé assez bonne, douleurs abdominales vagues. Il va journellement à la garde-robe, le plus souvent en diarrhée. A partir du 10 octobre, constipation, d'abord combattue efficacement par les purgatifs, mais à partir du 16, de plus en plus tenace et accompagnée de nausées et de douleurs violentes dans l'abdomen. Depuis le 23, il ne rend même plus de gaz par l'anus ; le 29 il entre à l'hôpital.

Jeune homme pâle, très amaigri, traits tirés, yeux excavés. Ventre ballonné, donne à la percussion un son tympanique. La tension de la paroi abdominale empêche toute exploration profonde. L'attouchement de l'abdomen éveille dans l'intestin des contractions qui semblent dessiner à l'intérieur la plus grande partie du gros intestin, le côlon ascendant, transverse et descendant. La paroi abdominale antérieure, circonscrite par ces portions intestinales saillantes, ressemble à un cadre dont l'intérieur un peu déprimé répond aux régions ombilicales et hypogastriques. La palpation ne fait reconnaître aucun point plus particulièrement douloureux; elle ne permet de constater ni empâtement, ni résistance. On fait le diagnostic d'obstruction intestinale ; et étant donné que par le toucher rectal et l'exploration à l'aide de sondes on ne trouve aucune lésion du rectum ; étant donné d'autre part, le développement de l'abdomen, la forme et les contractions intestinales signalées plus haut, on s'arrête à l'idée que la lésion doit siéger près de l'S iliaque. Quand à la nature de la lésion, on pense qu'elle doit être de marche chronique, étant donné les premiers symptômes apparus il y a 2 mois 1/2. Cependant, pendant 2 mois la santé du malade n'a pas été trop mauvaise. Aussi, tout en écartant l'invagination et le volvulus, fait-on des réserves pour la présence d'une bride sur laquelle l'intestin serait venu s'étrangler progressivement. On pense à une affection d'origine tuberculeuse ou cancéreuse, bien que l'absence de signes pulmonaires soit contre la première, et le jeune âge du sujet, contre la seconde. L'obstacle ne pouvant être vaincu et l'état du malade empirant, on fait la laparotomie le 30. A l'aide d'une main introduite dans la

cavité abdominale, on reconnaît dans la fosse iliaque gauche, une tumeur ayant le volume d'une grosse noix, englobant l'intestin et paraissant avoir contracté quelques adhérences avec les parties profondes, car on ne peut pas la mobiliser et l'attirer vers l'extérieur. M. Perrier pratique aussitôt un anus contre nature au niveau de la portion inférieure du côlon descendant. Issue d'une grande quantité de matières fécales. La journée du 30 est bonne. Dans la nuit il survient quelques vomissements. Le 31 à 8 heures du matin : moyenne 38°6 ; à 10 heures les extremités se refroidissent ; cyanose, pouls petit, précipité ; mort dans le collapsus.

Autopsie. — La tumeur occupe la partie moyenne de l'S iliaque du côlon ; elle repose sur la fosse iliaque gauche aux parties superficielles de laquelle elle adhère (péritonite localisée). La tumeur a le volume d'un gros œuf de poule ; elle mesure 6 cent. sur 45 millim. et englobe toute la circonférence de l'intestin. Sa consistance est dure et uniforme. L'anus contre nature s'ouvre immédiatement au-dessus de son extrémité supérieure, qui est dilatée et pleine de mucus et de matières fécales. Des liquides versés par l'extrémité supérieure ne passent pas par l'extrémité inférieure.

A l'examen microscopique, on remarque qu'il s'agit d'un carcinome colloïde type. Rien dans les ganglions lombaires et iliaques ; rien dans les autres viscères.

OBSERVATION XLVII (Obs. résumée). (REYBARD. *Bull. de l'Ac. de Méd.*, T. IX. p. 1031,1843-1844, et *Soc. de Chirurgie*, 1880, p. 635).

Tumeur cancéreuse affectant l'S iliaque du côlon ; ablation de la tumeur et de l'intestin ; réunion directe et immédiate des deux bouts de cet organe. Guérison.

Le 8 avril 1833, M. Reybard fut appelé auprès d'un homme de 28 ans, qui souffrait depuis plusieurs années ; le mal avait surtout pris de l'accroissement pendant les six mois qui précédèrent l'opération. Les symptômes principaux consistaient en coliques vives et répétées, accompagnées de quelques douleurs lancinantes dans la région hypogastrique du côté gauche, qui donnaient lieu à un malaise continuel, lequel augmentait chaque jour.

A l'examen, le ventre avait un volume énorme, simulant une abondante hydropisie ; par la palpation, on distinguait dans la

fosse iliaque gauche, une tumeur dure, grosse comme une pomme ordinaire, profondément située et paraissant mobile sous les doigts, et non adhérente aux parois abdominales. Le développement du ventre était dû à des gaz et on pouvait suivre le trajet du côlon qui se dessinait sous la peau et se faisait sentir plus distinctement que dans l'état normal. Le malade avait des éructations; les selles étaient rares et aucun gaz ne s'échappait par l'anus, mais il en sortait habituellement une matière sanguinolente, puriforme, dont l'émission donnait lieu à de fréquents ténesmes. Le toucher rectal ne faisait reconnaître aucune tumeur accessible à l'examen direct. Le malade avait maigri, et ses nuits se passaient sans sommeil, depuis 3 mois surtout que la tumeur s'était convertie en abcès. Reybord fait le diagnostic de carcinome de l'S iliaque.

Opération. — Extirpation de la tumeur ; les deux bouts de l'intestin sont mis en rapport par de nombreuses sutures. Au 10e jour, selle abondante après un lavement. 38 jours après l'opération, il prend des aliments solides, et va naturellement à la selle. Six mois après, récidive de la tumeur dans la fosse iliaque gauche. Le malade meurt un an après l'opération. L'autopsie n'est pas faite.

La tumeur enlevée lors de l'opération, était grosse comme une pomme de reinette, dure, blanc grisâtre, et occupant les 2/3 postérieurs du diamètre de l'intestin.

Observation XLVIII (résumée). (Thomas B. Bott. *Brit. med. Jour.*, t. II, p. 551, 1870, et 1873, t. II, p. 568).

Obstruction intestinale par un cancer de la terminaison du côlon. Opération d'Amussat.

Homme de 28 ans, briquetier ; se contusionne le périnée en tombant sur une bêche. Il éprouve aussitôt une vive douleur et un pressant besoin d'aller à la garde-robe; il n'évacue pas de sang, ni de matières anormales. Il éprouve de la peine à marcher les jours suivants.

Un mois après, il remarque que son bol fécal est très rétréci (il n'est pas plus large qu'un tuyau de pipe, dit-il). Un an plus tard, en février 1870, il ressent de vives douleurs intestinales et ne peut aller à la garde-robe. On lui administre plusieurs purgatifs sans résultat.

La douleur augmentant, Mr Bott fut appelé le dix-sept février. La face est anxieuse, l'abdomen très sensible et dur au toucher; on note du tympanisme, sauf dans les régions hypogastrique et iliaque. La région iliaque gauche est spécialement pleine, tuméfiée et dure.

Le rectum est vide ; il est impossible d'atteindre l'obstacle par le toucher rectal. La paroi antérieure du rectum est très tendue; au toucher, on a la sensation qu'il s'agit de la vessie distendue, mais le cathétérisme montre qu'elle est vide. Enfin, on parvient à sentir deux masses très peu mobiles à travers la paroi antérieure du rectum. On administre plusieurs lavements qui sont rendus sans être accompagnés de matières fécales. Le 19, on fait le cathétérisme avec des bougies de différentes grosseurs ; on n'arrive pas à les introduire à plus de 0m.15, et toutes sont arrêtées en face du promontoire. Nouveaux lavements sans résultat. Tous les moyens employés pour obtenir des fèces par les voies naturelles échouent.

On décide de faire l'opération d'Amussat. Au fond de l'incision faite sur la partie gauche des lombes on trouve, l'intestin faisant saillie. Il est de couleur rougeâtre. On le fixe aux bords les plus élevés de la plaie. Ouverture de l'intestin entre deux sutures ; les matières fécales jaillissent à une grande distance, et en grande quantité. Lavage de la plaie à la glycérine carbolique. On suture les bords de l'intestin aux bords de la plaie. Les matières fécales continuent à s'écouler par l'anus contre nature. A différentes reprises, en février, mars, avril et mai, il passe par l'anus du mucus mêlé de sang. On examine le malade en juin et on constate que la tumeur fait des progrès. Pendant plus d'un an, il peut travailler. En octobre 1892, douleurs abdominales ; son teint devient jaune ; on s'aperçoit qu'on est en présence d'un cancer du foie. Mort le 25 décembre 1872.

Autopsie. — 26 heures après la mort. La courbure sigmoïde du côlon est énormément distendue et ses tuniques hypertrophiées. Elle fait saillie en dehors, en avant des autres intestins et s'étend jusqu'au côté droit ; elle mesure environ six pouces de diamètre et 2 pieds 1/2 de long, et contient une grande quantité de fèces liquides et argileuses. L'étranglement siégeait à l'union du côlon et du rectum, et donnait à l'intestin le même aspect que s'il avait été serré avec une ficelle. Le foie était hypertrophié et infiltré de tissu carcinomateux.

Observation XLIX (Steiner. *Jahrb. f. Kinderh.*, Wien, 1864, VII, 2 Hft, 61-64).

Cancer de l'S iliaque chez un garçon de 9 ans.

Observation L (Bush. *Dublin med. Press*, t. XXIII, 1850).

Cancer de l'S iliaque. Opération d'Amussat.

Femme de 30 ans ; présente depuis quelques semaines des difficultés pour aller à la garde-robe ; et depuis dix jours, des symptômes d'occlusion complète. Tous les moyens employés pour provoquer l'évacuation des selles n'ayant pas réussi, on fait un anus contre nature par la *méthode d'Amussat* ; mort 40 jours après.

Observation LI (Leijer *Hygiea*, 1872, t. V, p. 138 ; et Th. d'ag. Peyrot, 1880, p. 110.)

Cancer de l'S iliaque et abcès par congestion venant du rachis ; femme de 19 ans. Entérectomie. Mort rapide.

Observation LII (Cayley et Lawson. *Trans. of clin. Soc. of Lond.* 1879. T. XII, p. 74).

Cancer de l'S iliaque et rétrécissement cancéreux du côlon ascendant

W... 23 ans, compositeur, avait joui d'une assez bonne santé et n'avait jamais eu de coliques de plomb.

Dix-huit mois avant la crise qui l'amène à l'hôpital, il eut, étant à son travail, la sensation « de quelque chose qui s'affaissait dans son ventre » ; il s'évanouit et vomit ; mais bientôt il revint à la santé et ne ressentit plus de nouvelles atteintes de son mal. Depuis 6 semaines il était quelque peu constipé et souffrait de coliques. Il allait bien à la garde-robe tous les jours, mais ses selles étaient comme passées à la filière et composées de petites masses dures.

Le 29 mai, il est pris d'une violente colique pendant son travail ; la nuit, il eut plusieurs vomissements fécaloïdes ; il eut une selle le matin, mais depuis cette époque il n'alla plus à la garde-robe.

Il entre à l'hôpital le 3 juin. Il se plaint de coliques persistantes dans le ventre, surtout lorsqu'il se remue ; elles sont surtout mar-

quées dans la région ombilicale ; elles sont constantes et présentent souvent des exacerbations. L'abdomen est très distendu et présente une sensibilité spéciale à la pression profonde, dans la région ombilicale. Là aussi, la percussion rend un son moins tympanique qu'ailleurs dans les régions iliaque et lombaire gauche ; on sentait une tumeur qui se déplaçait par moments vers la droite. On donna plusieurs lavements qui ne purent franchir l'obstacle ; et à l'auscultation, on crut entendre des gargouillements dans le cæcum, pendant l'injection, mais sans pouvoir l'affirmer d'une façon certaine. Par le toucher rectal, on crut sentir une petite masse à la partie supérieure du rectum, mais ce n'était qu'une petite masse de matières fécales que le doigt ramena.

Du 4 au 6, pas de selles ; il n'émet pas de vents par l'anus, sauf une fois, le 5. Vomissements fécaloïdes ; symptômes de péritonite ; on décide l'opération.

Opération, par Lawson. — Incision sur la ligne médiane ; on trouve de la sérosité en quantité, et les replis de l'intestin apparaissent grandement distendus et congestionnés, ayant une apparence veloutée et rouge, mais toujours brillante et sans aucun dépôt.

La main est introduite dans l'abdomen et sent une portion de l'intestin fortement distendue. Elle explore toute la cavité abdominale et ne découvre aucun lien de constriction, ni invagination.

On retire alors une portion considérable de l'intestin grêle hors de l'abdomen, et introduisant de nouveau la main, on ne découvre qu'une immense distension d'une partie de l'intestin. On fait une ponction avec un large trocart et on ouvre ainsi un vaste réceptacle plein de matières fécales liquides ; un drain est laissé à demeure, et le tout, intestin et paroi abdominale, est refermé à l'aide de sutures. Une décharge profuse de fèces se fait à travers le tube. Le 11 juin, selles fluides par l'anus.

Le 20 juin, pour la première fois, il passe des selles solides par l'anus. On sent une masse arrondie dans la fosse iliaque droite. On peut facilement la sentir au toucher rectal, à travers les tuniques intestinales sur les bords du bassin.

Il entre peu à peu en convalescence et en octobre quitte l'hôpital pour y rentrer en novembre, car il est repris de violentes coliques avec paroxysmes.

Ses selles deviennent très rares ; coliques violentes. La masse de la région iliaque s'est étendue. Les lavements amènent des évacuations abondantes et une diminution de la masse de la région iliaque, puis les symptômes d'occlusion subaiguë se manifestent de nouveau.

Le siège exact et la nature de la maladie restent incertains ; elle siège au-dessous du cæcum, près de l'S iliaque, bien que la possibilité d'administrer 2/4 de lavements soit contre cette hypothèse. La cause de l'obstruction doit être probablement une torsion ou un nœud de l'intestin. La masse dure, qui devient perceptible peu après dans la région iliaque droite, peut être quelque reliquat inflammatoire ; ce ne doit pas être une collection de matières fécales puisqu'elle a persisté après la libre évacuation des fèces ; et comme elle diminue parfois, ce ne peut être une tumeur.

(Des mêmes. *Trans. of Clin. Soc.*, 1880. T. XIII, p. 375).

Le malade survécut 40 semaines et deux jours. Il passa la plupart de ce temps dans son lit, toujours souffrant ; 3 semaines avant sa mort, il commença à s'affaiblir. Coliques fréquentes ; anorexie, cachexie. Mort le 29 août 1879.

Autopsie. — Il s'agissait d'un carcinome colloïde de l'S iliaque et d'un rétrécissement cancéreux du côlon ascendant vers l'angle hépatique. Cancer secondaire du foie et des glandes pelviennes. Thrombus de la veine iliaque droite. L'entérotomie (elle portait sur le cæcum) date de 40 semaines et 2 jours.

Observation LIII (Verneuil et Petit. Th. Rochard, Paris, 1875, p. 49).

Cancer de la partie inférieure du côlon descendant.

Homme de 21 ans, fondeur ; entre à Lariboisière le 19 septembre 1868. Il est maigre, anémique et vomit des matières fécaloïdes. Depuis le mois de juin il éprouve des difficultés pour aller à la selle ; les purgatifs échouent. Verneuil fait le toucher rectal et sent une masse dure, bosselée, indolente, immobile, qui presse les parois du rectum en arrière et sur les côtés et le ferme complètement. On élimine l'idée du cancer étant donné : 1° la marche lente de la maladie (4 ou 5 ans avant, le malade ressentait des douleurs

dans le bassin); 2° que la muqueuse rectale n'est ni ulcérée, ni adhérente à la tumeur. On penserait plutôt à un enchondrome partant de l'os iliaque gauche, près de la symphyse sacro-iliaque. Entérotomie d'urgence par la méthode de Littre. Résultats excellents. Peu à peu les matières sortent par l'anus naturel.

État de bonne santé jusqu'au 12 janvier; l'anus artificiel se referme; on l'ouvre de nouveau, mais l'amélioration ne se produit pas. A fin février, la place de l'anus artificiel prend un mauvais aspect. Le malade urine difficilement et rend des urines purulentes. Mort le 3 avril, après une survie de 6 mois à l'opération.

Autopsie. — Cancer colloïde de la partie inférieure du côlon descendant.

Ce malade était hémophile. Il n'y avait pas de cas de cancer dans ses antécédents héréditaires.

Observation LIV (Macleod. *Glasg. med. Journ.*, t. XI, p. 233). *Cancer de l'S iliaque et du rectum*).

Homme de 29 ans, d'apparence cachectique, très amaigri.

Depuis 2 ans et 1/2 souffre de constipation et de dyspepsie. Évacuations semi-fluides, parfois mêlées de sang et de mucus. Violentes douleurs à gauche du sacrum. Au toucher rectal, on sent un rétrécissement qu'on arrive difficilement à franchir, le malade étant sous l'action du chloroforme. On sent dans la région iliaque gauche une tumeur dure. On fait un anus artificiel dans la région iliaque droite par la méthode de Nélaton. Le malade guérit de l'opération qui n'est faite que pour le prolonger.

Observation LV (Wagstaffe, *St Thomas's Hosp. Rep.*, p. 121, Vol. IV, et Peyrot, Th. agr).

Femme de 30 ans; a ressenti trois mois avant des symptômes d'occlusion qui ont duré une semaine. Depuis elle n'a plus rien ressenti; il y a quelque temps, douleur dans la région iliaque droite; vomissements verdâtres, pas fécaloïdes. Elle est très amaigrie. A l'examen, on constate une tumeur pelvienne; l'invasion de la muqueuse du rectum par la tumeur plus haut située. Anus artificiel. Survie de 4 ans. De l'analyse des symptômes, on peut penser à un rétrécissement cancéreux du côlon.

Observation LVI (Darling. *Presse médicale*, nº 16, 19 février 1898, p. 80 (annexes).

Résection de l'anse sigmoïde pour carcinome.

Malade âgée de 30 ans, qui présentait des symptômes d'obstruction intestinale; elle était enceinte de six mois ; trois semaines auparavant une constipation presque absolue s'était manifestée ; on fit d'abord un anus artificiel, puis une semaine après, on extirpa la tumeur qui siégeait sur l'anse sigmoide. La malade continua sa grossesse et accoucha normalement d'un enfant vivant. Il s'agissait d'un carcinome.

Observation LVII (Chaput; in Th. Finet, p. 325. Th. de Paris 1895-96, publiée en 1894 à la *Soc. de Chirurgie*.

Carcinome de l'S iliaque. Résection. Anus contre nature. Guérison. Fermeture de l'anus contre nature par excision losangique. Sutures tiraillées insuffisantes. Mort par péritonite.

Femme, 26 ans ; depuis 6 ans, douleurs dans le bas ventre au moment des règles. Depuis un an et demi, ces douleurs sont beaucoup plus vives avec irradiations dans les reins, les cuisses et les fosses iliaques, surtout pendant les périodes menstruelles. Appétit diminué; signes de dyspepsie flatulente, diarrhée. Rien aux poumons, ni au cœur; pas d'amaigrissement, pas d'albuminurie. Antéflexion de l'utérus. On trouve dans les culs-de-sac vaginaux à gauche, une masse salpingienne du volume d'un œuf de poule, se continuant avec un empâtement considérable de la fosse iliaque ; à droite, tumeur moins voluminense. On fait le diagnostic de salpingite.

Le 30 juillet 1891, laparotomie. On trouve les trompes immenses, violacées, adhérentes. Salpingectomie double. On trouve sur l'S iliaque une tumeur énorme du volume d'un œuf d'oie, constituée par un cancer de cet organe. Le gros intestin est coupé entre 2 pinces au-dessus et au-dessous de la tumeur, la muqueuse des deux bouts étant apoplectique par la compression due aux pinces ; on établit un anus en fixant les deux bouts à la peau. Les trompes présentent des lésions de salpingite catarrhale : la tumeur intestinale est un cancer végétant. P : 180 grammes. Guérison de cette intervention.

Nouvelle intervention le 21 octobre 1891. Fermeture de l'anus contre nature par excision losangique; sutures tiraillées insuffisantes. Péritonite aiguë. Mort le 24.

Observation LVIII (Bazy. *Soc. Chir.*, 1897, p. 590).

Cancer de l'S iliaque.

Jeune fille de 22 ans; occlusion intestinale dont on ne peut préciser le siège. Laparotomie. Bourrelet circulaire de l'S iliaque qu'on prend pour une invagination; peur de rompre l'intestin en le désinvaginant, on fait un anus iliaque médian. La malade guérit; 18 jours après elle rend des matières par l'anus ; on pense à une désinvagination lente, et l'anus artificiel finit par s'oblitérer. 8 mois après, récidive ; nouvelle opération. Cette prétendue invagination avait doublé de longueur ; c'était un cancer.

Observation LIX (Peacock. *Trans. of Path. Soc.*, 1849. Obs. XII,, Th. Bacque, p. 80).

Étranglement de la courbure sigmoïde du côlon.

Femme de 22 ans qui a depuis plusieurs mois de la constipation et de la dyspepsie ; est prise le 11 mars de coliques et de vomissements. Elle n'a pas eu de selles depuis 3 semaines. Le 13 mars, douleurs dans la région iliaque droite, sensation de résistance et de plénitude dans le trajet du côlon ascendant, bien que la malade ait évacué, peu de temps avant l'examen, une masse de matières fécales très volumineuses et très dures. Pas de vomissements.

14 mars. — Douleurs atroces et vomissements continuels. Évacuation de scybales et de lambeaux membraneux noirs et d'odeur fétide.

Ventre enflé, tendu, tympanisé, très sensible. Pouls petit, filiforme. Collapsus rapide et mort le 15.

Autopsie. — Péritonite : il y a une quantité de sérum opaque, coloré en jaune, contenant des parties floconneuses de lymphe dans la cavité abdominale. Le côlon est brun foncé, et fortement distendu depuis le cæcum jusqu'à la courbure sigmoïde. A partir de là, l'intestin est contracté. A l'ouverture de l'intestin, on cons-

tate, au niveau de l'étranglement, l'épaississement et l'induration de ses tuniques. L'extrémité supérieure de l'étranglement est entourée d'un ulcère large et profond. Depuis cet endroit jusqu'au cæcum, gangrène de la muqueuse. On avait diagnostiqué une perforation, à cause de l'évolution rapide de la maladie, mais on ne put la retrouver.

Observation LX (Crédé. *Arch. de Chir. de Langenbeck*, 1882).

Carcinome du gros intestin.

Homme de 23 ans. On trouve dans l'intestin, en divers endroits, des tumeurs globuleuses, de telle façon qu'on ne peut songer à faire une cure radicale. Résection d'un segment de l'intestin dont le sommet se trouve du côté du mésentère. La tumeur enlevée était grosse comme une prune. *Guérison* de la plaie opératoire. Sortie de l'opérée le 21 décembre 1880.

Observation LXI (Ullmann. *Centralblatt für Chir.*, 1895, n° 2, p. 33). (Obs. résumée, due à l'obligeant concours de M. le Pr De Bovis, de Reims).

Femme de 27 ans. Début de la maladie en juillet 1893. Constipation, vomissements. Aménorrhée.

Entre à l'hôpital avec symptômes d'occlusion intestinale.

14 octobre 1893. — Entérectomie et entérorraphie par la méthode de Maunsell-Ullmann. Longueur réséquée : 1 m. 74.

Carcinome cæcal. Torsion de l'iléon de 180°. Les glandes les plus proches sont atteintes par le processus ; les autres sont saines. Le rétrécissement laissait passer une plume d'oie. *Guérison.*

Observation LXII.

(Barton (J. M.). *Annals of Surgery*, Philadelphia, Vol. XVIII, 1893, p. 322).

Enterectomy for obstructive epithelioma at the ileo-cæcal valve ; secondary anastomosis by Abbe's long incision.

Femme de 27 ans, présentant des symptômes d'occlusion intestinale. On diagnostique occlusion et on reporte son siège dans le voisinage de la valvule iléo-cæcale. Une incision abdominale

comme pour l'appendicite, est faite dans la région inguinale droite. L'iléon était le siège d'un épithélioma et d'une invagination qu'on ne put réduire. On réséqua six pouces d'intestin, y compris la tumeur et on fit un anus artificiel, à cause du mauvais état de la malade. Guérison rapide.

Deux mois après, nouvelle intervention pour guérir la malade de son anus artificiel par une anastomose. Après l'opération, vomissements de la couleur du café.

On ouvre de nouveau l'abdomen ; on ne trouve pas de cause d'obstruction. Mort, 43 heures après l'opération. L'occlusion était due à la constriction de l'iléon par une bande fibreuse. Les sutures avaient bien tenu et il n'y avait pas de péritonite.

Observation LXIII.

(Morton. *Brit. med. Journ.*, 1895, t. I, p. 859).

Obstruction intestinale due à une tumeur maligne du cæcum. Anastomose avec le bouton de Murphy.

S., âgé de 27 ans, est sujet, chaque semaine depuis 5 mois, à des crises de coliques dans la région iliaque droite. Elles durent quelques heures et sont caractérisées alors par la présence d'une tumeur de la grosseur d'un œuf d'oie. Cette tumeur apparaît en un point situé à égale distance de l'ombilic et de l'épine iliaque antérieure et supérieure ; elle disparaît aussitôt que la crise est terminée. Depuis quinze jours il éprouve de violentes coliques et a des vomissements ; depuis huit jours, pas de selles, les vents ne passent plus par l'anus.

A son entrée à l'hôpital, le 15 octobre 1894, il est très émacié, son ventre est considérablement et uniformément distendu. Les anses intestinales se dessinent sur l'abdomen, et une tumeur dure apparaît constamment dans la région iliaque droite, 17 octobre. Comme l'obstruction persiste, on fait la laparotomie exploratrice et on découvre que la tumeur, si apparente dans la fosse iliaque droite, est formée par le cæcum surdistendu par les matières, tandis que l'S iliaque est vide. On fait une incision sur le cæcum et on découvre alors un rétrécissement néoplasique à l'union du cæcum avec le côlon ascendant. On fixe le cæcum à la paroi abdominale

et on l'ouvre ; il s'en échappe une grande quantité de matières fécales. Il quitte l'hôpital en décembre, en très bon état Le 20 janvier, il y rentre, en proie à de nouveaux accidents d'occlusion ; l'anus artificiel ne fonctionne plus suffisamment. On sent 3 noyaux dans l'ancienne incision abdominale médiane. Le noyau senti à travers le rectum est plus gros que la première fois ; on introduit le doigt dans l'anus artificiel et on s'aperçoit qu'il n'est cependant pas obstrué par le néoplasme, qui s'est pourtant accru. On intervient de nouveau. On fait une anastomose entre l'S iliaque et l'iléon au moyen du bouton de Murphy ; on aurait bien fait cette anastomose avec le côlon tranverse, mais on n'était pas sûr qu'il ne fût atteint par la maladie. Aussitôt après il y eut une évacuation abondante de selles liquides.

Amélioration, mais la tumeur du cæcum progresse et envahit la peau au voisinage de l'anus artificiel. Le malade s'amaigrit de plus en plus, et la tumeur s'accroît ; mais il ne souffre pas et continue à bien manger. Il quitte l'hopital le 14 avril.

Observation LXIV (Ruepp (1). Th. de Zurich, Obs. II, p. 88, 1895). *Ueber Darmkrebs mit ausschl. des Rectum Krebses.*

Femme de 26 ans. Le 20 mars 1888, accouchement suivi d'un abcès de l'aine, puis de catarrhe gastrique. Puis constipation et colique, apparition d'une tumeur douloureuse dans le flanc droit. Ventre ballonné; crampes, coliques, borborygmes, anorexie. Pas de vomissements. On fait une entérostomie sur l'iléon. Le malade meurt de cachexie le 9 octobre 1888.

Autopsie. — Il s'agissait d'un carcinome du cæcum. Il y avait de l'ascite. Le cæcum forme une tumeur dure ; nodosités sur l'appendice et l'iléon. Infiltration de nodosités dans le mésentère et l'épiploon.

Observation LXV (Fritz Dumont (1). *Corresp. Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1893, n° 15, 1er août).

Ein Fall von Resektion des Cæcums u. Colon ascend.

Homme de 29 ans. En avril 1892, douleurs lombaires à l'hypo-

(1) Nous devons le résumé de ces deux observations à M. le Professeur De Bovis (de Reims), qui a bien voulu nous les communiquer.

chondre droit. En novembre 1892, on y trouve une tumeur. Crises d'obstruction améliorées par purge.

A. H. — Une sœur morte à 30 ans, d'un cancer de l'intestin très probablement.

Laparotomie exploratrice le 28 janvier 1893.

Le 7 avril, entérectomie et entérorraphie; on résèque $0^{m},72$ d'intestin. La tumeur enlevée est un carcinome. Il y a des glandes mésentériques cancéreuses. L'appendice est atteint aussi par le processus.

Récidive quelques semaines après ; vit encore 3 mois 1/2 après l'opération.

OBSERVATION LXVI (ROLLESTON et SHIELD. *Transactions of the Clin. Soc. of London*, Vol. XXX, p. 89, 1897).

Cancer du Cæcum.

Femme de 29 ans, mariée ; entre à l'Hopital St-Georges le 27 juillet 1896. Elle est pâle et amaigrie et sent une tumeur dans la partie droite de l'abdomen depuis la naissance de son enfant, en février 1896. Elle attribue la formation de cette tumeur aux efforts qu'elle faisait pour vomir, dans sa première grossesse. La tumeur se déplacait et donnait lieu à une vive douleur quelquefois. Elle vomissait après avoir mangé, mais il n'y avait pas de signes d'obstruction intestinale ; elle allait régulièrement à la selle, et les fèces ne contenaient ni sang, ni débris pultacés. Rien du côté des organes pelviens. La tumeur est dure et irrégulière, de la grosseur d'une orange, très mobile et occupant des situations différentes, depuis l'ombilic jusqu'à la fosse iliaque droite. Tumeur tendre, mais ne se laissant pas déprimer à la pression ; il n'y avait pas de symptômes bien nets de douleur rénale. On fit bien des suppositions sur la nature de cette tumeur, mais on s'accorda généralement à en faire une affection d'origine rénale. Les difficultés du diagnostic étaient telles que, avec le consentement du malade, on fit une laparotomie exploratrice. On fit une incision curviligne correspondant à la tumeur et on s'aperçut alors qu'il s'agissait d'un néoplasme siégeant sur le cæcum. Le mésocôlon du côlon ascen-

dant était d'un longueur exceptionnelle, ce qui explique la mobilité de la tumeur. Sous l'effet des tractions, le cæcum distendu par la tumeur éclata et un vaste néoplasme s'offrit à la vue. On put sentir des ganglions volumineux, et une infiltration du mésentère. Résection du cæcum, d'une partie de l'iléon et du côlon ascendant; résection du mésentère dans toutes ses parties atteintes par le néoplasme. On joint le côlon et l'iléon bout à bout par une double rangée de sutures, l'une pour la muqueuse, l'autre, pour la séreuse. A l'examen, on trouve que la tumeur était un carcinome en dégénérescence colloïde très avancée.

Le 4e jour, passage par l'anus de deux selles naturelles.

Un mois 1/2 après, le malade va très bien et a bon appétit.

Observation LXVII (Laubie et Carles. *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1898, p. 46, n° 4).

Epithélioma de l'intestin. Double entérorraphie.

Jeune fille, 25 ans; pas d'antécédents héréditaires notables. Depuis un an présente une tumeur abdominale. Depuis un an, elle est nerveuse, se fatigue facilement, maigrit et pâlit; puis elle découvre un jour, dans son côté droit, une masse grosse comme une noix, mobile sous le doigt. Depuis lors, elle ne fit que grossir et atteignit rapidement le volume d'une grosse orange. La malade maigrit et s'affaiblit de plus en plus. Pas de troubles digestifs, pas de melæna, ni de signes d'obstruction intestinale. Par le palper, on dénote la présence d'une tumeur grosse comme une orange, très mobile dans le sens transversal et longitudinal; située de chaque côté de la ligne médiane, elle s'étend à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, à cinq au-dessus du pubis. Au toucher vaginal, on constate l'indépendance de la tumeur avec les organes génitaux. Pas de douleur à la pression.

Diagnostic: Tumeur intestinale.

Laparotomie. On trouve un gros néoplasme adhérent à deux anses intestinales. Résection d'une anse d'intestin grêle et d'une portion du côlon transverse; deux plans de suture sont successivement faits pour l'intestin grêle et le côlon. Fistule stercorale consécutive. Marche vers la guérison. Examen histologique: épithélioma.

Observation LXVIII (Thomson. *Dubl. Journ. of med. Sc.*, 1892, Obs. III, p. 120).

Cancer du côlon ascendant.

Femme de 21 ans; souffre depuis un an où elle a été soignée pour une indigestion. Constipation, vomissements, élévation de la température. On trouve une tumeur qui est le siège d'une vive douleur; elle siège près du cæcum. Symptômes d'occlusion. On décide la laparotomie. La tumeur entoure le côlon ascendant, qui est à tel point adhérent qu'il est impossible de le mouvoir pour un plus ample examen. On pense à une tumeur maligne; on fait une entérotomie sur l'iléon qu'on fixe à la ligne médiane. Les selles sont toujours fluides et excorient la paroi, malgré toutes les précautions prises pour la protéger. En quelques mois la tumeur s'accroît; exaspération des premiers symptômes, ascite; mort 6 mois après l'opération.

Observation LXIX (Hofmokl. *Wien med. Presse.*, 1888, n° 11, p. 358 (Observation résumée, due à l'obligeance de M. le Pr De Bovis, de Reims).

Femme de 29 ans. Eprouve depuis plusieurs années de la pesanteur abdominale ; selles irrégulières ; diarrhée alternant avec constipation. Aménorrhée. Tumeur mobile, submate. Douleur vive à la pression. Ventre peu ballonné. On pose d'abord le diagnostic de rein mobile ; puis on pense à une tumeur de l'épiploon ou de l'intestin.

Entérectomie et entérorraphie. Il s'agit d'un adéno-carcinome du côlon ascendant : cette tumeur est de la grosseur du poing. Long mésocôlon. Adhérences. Il y a eu un petit abcès pariétal consécutif à l'opération. Exéat. *Guérie*, la huitième semaine.

Observation LXX (*Inédite*).

(Observation reproduite d'après les renseignements oraux qui nous ont été fournis par M. le Pr agrégé Faure et M. le Dr Savariaud).

Femme de 30 ans ; depuis quelque temps ressent de vagues

douleurs dans la fosse iliaque droite. Par moments ces douleurs s'exaspèrent sous forme de crises. Elle est souvent constipée et éprouve des troubles digestifs.

Elle entre à l'hôpital Laënnec, et est examinée par M. le Dr Savariaud qui, à la palpation sent dans la fosse iliaque droite, une tumeur ferme, allongée, très mobile, se déplaçant depuis la partie latérale droite de l'abdomen jusqu'à l'ombilic. On pense de suite à un rein flottant; mais on fait des réserves, car cette tumeur n'est pas réductible dans la fosse lombaire.

On décide une néphropexie ; mais au cours de l'intervention, on voit qu'il s'agit d'un cancer du côlon ascendant. On referme la plaie, et on prévient la malade que l'opération qu'il faudra faire est beaucoup plus grave que celle qui était projetée.

Le 17 août 1899. Laparotomie sur le bord externe du grand droit M. Faure resèque à 0m.25 de la valvule, l'iléon entre deux ligatures, puis le côlon par le même procédé. Extirpation de la tumeur qui se déchire dans le péritoine, en raison de ses nombreuses adhérences. Anastomose latérale iléo-côlique. Drainage. Quatre jours après la malade va très mal ; contre-ouverture. La malade se remonte un peu, et meurt un mois après.

Observation LXXI (Bloch (Oscar) *Extraabdominal Resektion of hele col. ascend et stykke of colon transv. for kancer. Hospitalstid*, 24 novembre 1894, II, p. 1053).

Femme de 24 ans ; a depuis un an dans la fosse iliaque gauche, des douleurs qui surviennent surtout après l'ingestion de certains aliments (choux-fleurs, pois). Il y a 3 mois, les douleurs augmentent ; on trouve une tumeur à ce moment. Constipation progressive, sang dans les selles ; 3 jours avant son entrée à l'hôpital (22 mars 1894) vomissements, ballonnement, météorisme, péristaltisme ; grosse tumeur de la fosse iliaque, mobile, peu douloureuse au palper. Sort le 20 avril. Rentre en mai pour occlusion intestinale. 6 mai 1894, intervention ; on luxe en dehors du ventre la tumeur, qui est un carcinome du côlon ascendant, présentant des adhérences pariétales. 15 jours plus tard, résection de la tumeur. Il persiste un anus artificiel, malgré la tentative de suture des deux bouts intestinaux abouchés à la peau. 4 mois après, la malade va bien.

OBSERVATION LXXII (PETROFF. *Contribution à l'ét. de l'ilio-colorraphie en bourse. Congrès de Moscou*, 1897).

Homme, 16 ans; depuis 5 mois, pesanteur abdominale, puis douleur que ne calme pas la morphine. Vomissements. Alternatives de diarrhée et de constipation. Ictère léger vrai. Tumeur inégale dure, douloureuse, dans l'hypochondre droit. Il s'agit d'un carcinome de l'angle hépatique. Adhérences. Entérotomie. Entérorraphie. *Guérison.*

OBSERVATION LXXIII (JONNESCU (Th.). *Spitalul*, n° 5, p. 118 (*Soc. de Chir., Bucharest*).

Homme de 23 ans, présente une tumeur mobile. Il s'agit d'un épithélioma du côlon transverse. Les glandes mésentériques sont prises. Il y a des adhérences. Entérectomie et entérorraphie. *Guérison.*

OBSERVATION LXXIV [KOSIUSKI, 3 *cas de suture intestinale. In Virchow-Hirsch*, 1885, II, p. 409; et *Medycyna* (suites opératoires), 1893, n° 34, p. 682].

Il s'agit d'un homme de 29 ans. Présente des symptômes passagers d'obstruction depuis un an. A la palpation, tumeur mobile dans la fosse iliaque gauche. Entérectomie et entérorraphie qui réussissent à merveille. Il s'agissait d'un carcimone du côlon descendant, de la grosseur d'un citron. Il y avait 3 glandes mésentériques cancéreuses.

8 ans plus tard, cet homme est bien portant. Il a eu deux enfants depuis.

(Ces quatre observations, de l'Obs. LXXI à l'Obs. LXXIV, sont dues à l'obligeance de M. le Professeur De Bovis, de Reims).

OBSERVATION LXXV (NIMIER. *Occlusion intestinale*, Obs. XIV, p. 155, 1894, t. XXIII. *Arch. milit. de Médecine*).

Épithélioma du côlon descendant.

Le cavalier L., malade depuis 3 semaines a eu des vomissements et de la constipation. A partir du 26 décembre 1891, selles peu

abondantes malgré les purgatifs. Ventre ballonné, dur, sensible à la pression, sous les fausses côtes gauches. Douleur au niveau de l'épaule du même côté. Hoquet, vomissements. On diagnostique une péritonite suraiguë, probablement tuberculeuse.

3 janvier 1892. Râles crépitants à la base du poumon droit.

4 idem. — Vomissements fécaloïdes.

Les lavements et l'électricité, les purgatifs ne peuvent provoquer l'évacuation des selles.

On fait la laparotomie, le 8. Liquide louche dans le péritoine. On trouve que le côlon descendant est le siège d'une dégénérescence cancéreuse sous forme de tumeur adhérente. On la dégage avec précaution, mais elle se rompt ; les matières fécales tombent dans le péritoine et après nettoyage minutieux de la séreuse, l'anse altérée est réséquée, et les 2 points réunis par 8 points de suture de Lembert. Mort le même soir. Il s'agissait d'un épithélioma. (L'âge du malade n'est pas noté, mais il devait avoir de 20 à 25 ans).

Observation LXXVI (Robson (Mayo) (*Brit. med. Jour.* 1895, t. II, p. 963. Obs. I, *Colectomie*).

Carcinome du Côlon descendant avec invagination. Réduction de l'invagination avec ablation de la tumeur par colectomie.

Femme, 27 ans, entre à l'hôpital le 5 mars 1894. Parents très nerveux ; mère morte à 51 ans, de cancer de l'utérus. En juin 1893, crise de coliques avec diarrhée ; en août, nouvelle crise ; et depuis ce temps les crises reviennent avec rémissions d'un jour ou deux. La malade est très maigre ; depuis un an, elle est constipée et évacue de temps en temps des matières, mais pas de sang. Dans la région iliaque gauche, on sent une tumeur de la grosseur du poing ; elle n'est pas molle et n'est pas douloureuse à la pression. Elle est mobile dans tous les sens. Pendant un accès, la tumeur fut comprimée dans le pelvis et on sentit un boudin pareil à la tumeur sur le parcours des côlons transverse et descendant. Laparotomie ; on réduit facilement l'invagination ; et on résèque, largement la tumeur qui est un épithélioma. *Guérison* ; va bien plusieurs mois après.

CONCLUSIONS.

I. — Le cancer du gros intestin est très rare au dessous de 20 ans.

II. — De 20 à 30 ans, le cancer du gros intestin, pour être moins fréquent qu'à un âge plus avancé, se rencontre cependant assez souvent. Aussi, dans certaines circonstances, ne devra-t-on pas s'arrêter à l'âge du sujet pour éliminer l'idée d'un néoplasme intestinal.

III. — On devra par tous les moyens possibles, et même par une laparotomie exploratrice, chercher à faire un diagnostic précoce.

IV. — Plus l'intervention sera précoce, plus grandes seront les chances de succès.

Il faudra, si l'état du malade le permet, et si la lésion est bien localisée, recourir à l'intervention radicale, qui a bien réussi dans quelques-unes de nos observations et qui peut seule assurer, avec la guérison, une

survie longue et utile à un homme dont les jours étaient comptés. Dans tous les autres cas (et ils seront malheureusement nombreux) où la cure radicale sera impossible, il faudra, par une opération palliative, parer aux dangers les plus pressants, pour accorder la plus longue survie possible au malade.

Vu, le Doyen :
P. BROUARDEL.

Vu :
Le Président de la Thèse,
TILLAUX.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE.

ABLON. — Th. de Paris, 1897-98.
ADAMS. — *Med. Times and Gaz.*, 1862, t. I, p. 374.
AMUSSAT. — *Mémoire sur la possibilité d'établir un anus artificiel dans la région lombaire sans ouvrir le péritoine.*
ARTUS. — *Cancer du Cæcum.* Th. de Paris, 1894.
BACQUE. — Th. de Paris, 1893.
BACQUE et TEYSSÈDRE. — *Limousin méd.*, Limoges, 1894, t. VIII, p. 35.
BAILLET. — Th. de Paris, 1894.
BARBE. — Th. de Paris, 1894-95.
BARLEING. — *A modern view of cancer. Brit. med. Journ.*, 1899, t. II, p. 1461.
BARTH. — *Bull. Soc. anat.*, et Th. Fleur, 1879, p. 53.
BARTON. — *Med. Times* et *Reg.*, Phila, 10 juin 1893, p. 501, ou *Ann. of Surgery*, 1893, XVIII, p. 322.
BASSINI. — In *Artus*, Th. de Paris, 1893, Obs. XVII, p. 61. *Lymphosarcome chez une personne de 22 ans.*
BAZY. — *Bull. Soc. de Chir.*, 1897, p. 590.
BENOIT. — Th. de Paris, 1892-93.
BEALE. — *Cancer of the cæcum. Transact of path. Soc.*, 1852, p. 368.
BLOCH (Os.). — *Hospitalstid. Extra abdominal resektion of hele colon ascen. et stykke of colon transv. for kancer*, 24 octobre 1894, II, p. 1053.
BOTT (Th. B.). — *Brit. med. Journal*, 19 Nov. 1870, t. II. p. 551.
id. 15 Nov. 1873, t. II p. 558.
BRISTOWE. — *Transact of Path. Soc.*, 1872, p. 124.
BUSH. — *Dublin med. Press.*, t. XXIII, 1850, p. 230.

CAMUS. — Th. de Paris, 1887.
CARLES et LAUBIE. — *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1898, p. 46, N° 4.
CASTANET. — *Mémoire de l'Acad. de Chir.*, t. IV., p. 201.
CAYLEY. — *Transact of Clin. Soc.* 1879, t. XII, p. 74.
1880, t. XIII, p. 375:
CHAPUT.—in Th. Finet, 1895-96, p. 325, et *Soc. de Chir.*, 1894.
CHAVANNAZ. — Th. de Bordeaux, 1894, p. 155, Obs. XIV.
COMPOINT. — Th. de Paris, 1897.
COOPLAND et MORRIS. — *Brit med. Journ.*, p. 122 à 125, 1878.
CRESPIN. — Th. de Paris, 1894-95.
CRUVEILHIER. — *Anat. path.*, L. XII.
DANCE. — *Rép. d'Anat. et de Phys.*, 1826.
DARLING. — *Presse Méd.*, N° 16, 19 février 1898, p. 80 (annexes).
DIET. — Th. de Paris, 1895.
DUBAR. — *Soc. Anat.*, 1879, p. 645-650.
DUCROS et MONOD. — *Archives générales de Médecine*, 1838.
DUMONT .— *Corresp. Bl. f. Schweiz. Aerzte.*, 1893, n° 15.
DUNCAN. — *Case. of. scirhus of abdominal organs in a young child. Edinb. M. J.*, 1885-86, XXXI, Part II, 1127-1129.
DURHAM. — *Guy's Hosp. Rep.*, 1868, t. XIV, p. 309.
EASTMAN. — *J. Am. M. Assoc.*, Chicago, 1887, t., IX, p. 833.
EISELSBERG . — *Wien klin. Wochens.*, 1895 p. 202.
FINLAYSON. — *Glasgow med. Journ.*, 1879.
FINET. — Thèse de Paris, 1895-1896.
FLEUR. — Thèse de Paris, 1879.
GIFFARD. — *Lancet*, 29 juillet, 1897, p. 241.
GOODHART. — *Brit. med. Journ.*, 1879, t. II, p. 485.
GUELLIOT. — VII[e] *Congrès français de Chir.* — *Bull. Méd.*, 14 octobre, 1894.
GULL. — *Guy's, Hosp. Rep.*, p 307, t. XIV 1868.
HARTMANN et PILLIET. — *Soc. Anat.*, juillet, 1891.
HAUSSMANN. — Thèse de Paris, 1882.
HOFMOKL. — *Wiener Med. Presse*, 1885, avril, p. 746 ; 1888, n° 2, p. 358.
JACOB. — *Soc. anatomo-pathol. de Bruxelles*, 21 juin, 1887.
JONNESCU. — *Spitalul.*, n° 5, p. 118, 1899.
JOURNET. — Thèse de Paris, 1883.

JUNGHERZ. — *Et. sur le cancer du cæcum.* — Thèse de Wurzbourg, 1896.
KEETLEY. — *Lancet*, 25 juillet 1896.
KENNEDY. — *Dublin Quaterly Journal*, 1864, t. XXXVIII, p. 6.
KOENIG. — *Arch. für klin. Chir.*, 1890, XL. p. 911, Obs. I.
KOSIUSKI. — Virchow-Hirsch, 1885 II, p. 409 [3 cas de sutures intestinales (suites opératoires)]. *Medycyna*, 1893, n° 34, p. 682.
KUESTER. — *Berlin. klin. Woch.*, p. 517, 11 juillet, 1887.
LAUBIE et CARLES. — *Journ. de Méd. de Bordeaux.*, 1898, p. 46, n° 4.
LAVERAN. — *Progrès méd.*, 1875, et *Arch. de Physiologie*, 1876 et Obs. XI, p. 75, Thèse de Paris, Bacque, 1893.
LEGRAND. — *Soc. Anat.*, 1889, p. 459.
LEMAITRE. — *Soc. Anat.*, 6 juin 1850.
LETULLE. — *Rev. de Gyn. et Chir.*, 1897, p. 491.
MACLEOD. — *Glasgow med. Journ.*, t. XI, 1879, p. 233.
MONOD et DUCROS. — *Arch. de Méd.*, 1838, t. II, p. 455.
MORTON. — *Brit. méd. Journ.*, 1895, t. I, p. 859 (20 avril).
NIMIER. — *Arch. Mil. de Méd. et Pharm.*, 1894, t. 23, Obs. XIV, p. 155.
PETROFF. — *Congrès de Moscou*, 1897. *Ct. à l'étude de l'iliocolorraphie en bourse*).
PEYROT. — Th. d'Ag., 1880.
QUÉNU et DUVAL. — *Bull. de la Soc. de Chir.*, 8 novembre 1898, et *Presse Médicale*, 1898, II, 289.
RAFINESQUE. — Thèse de Paris, 1878.
RATHERY. — Thèse de Paris, 1870.
REMY et BOUVET. — *Soc. de Chir.*, 1899.
REYBARD. — *Bull. Acad. Méd.*, t. IX, p. 1031, 1843-1844.
RICHARD. — Thèse de Paris, 1875.
ROBSON (Mayo). — *Brit. med. Journ.*, 19 octobre, 1875, t. II, p. 963.
ROLLESTON et SHIELD. — *Trans. of the clin. Soc. of Lond.*, 1897, XXX, p. 88.
RUBENTHALER. — Thèse de Lyon, 1895.
RUEPP. — Thèse de Zurich, 1895.
RUFZ. — *Bull. Soc. anat.*, 1833, p. 63, séance du 25 avril.
SALOMON. — *Charité Annalen*, 1878, p. 148.
SAMBON. — Thèse de Paris, 1900, n° 208.
SCHILLER. — *Beiträge für klinische Chirurgie*, 1896, p. 610.
SHIELD. — *Brit. med. Journ.*, 1896, t. II, p. 1776.

SPANTON. — *Med. Times.*, 1878, t. I, p. 278.
SPENDLER. — *München. med. Wochenschr.*, 2 janvier 1893, n° 1, p. 3.
TCHOUPROW. – *Chirourgitcheskaïa Leïtopis.*, 1893, Liv. III., et in Chavannaz, Thèse de Bordeaux, 1894, p. 155, Obs. XIV.
THOMSON. — *Dubl. med. Journ. of Sc.*, 1892, Obs. III, p. 120.
TRÈVES. — *Société Médicc-pratique de Paris*, 24 mars 1862.
ULLMANN. — *Centralblatt. f. Chir.*, 1895, n° 2 p. 33.
WAGSTAFFE. — *St-Thomas Hosp. Rep.*, 1873, p. 181, et *Brit. med. Journ.*, 1878, t. I, p. 124.
WAHL (Von). — *St-Pétersbourg, med. Woch.*, n° 9, p. 69, 1883.
WALDEYER. — *Langenbeck's Archives*, 1875, t. XVIII, p. 369.
VERNEUIL et PETIT. — in Thèse de Richard, Paris, 1875, p. 49.

Imprimerie de l'Institut de Bibliographie. — III-1900.— N° 200.